

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

394

DE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Juillet, à 1 heure

PAR **Louis-Auguste-Paul DUPONT**

NÉ A TROYES (AUBE), LE 18 OCTOBRE 1863

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

DE

CERTAINES TUMEURS DOULOUREUSES

DU

REBORD ALVÉOLAIRE

CONSÉCUTIVES A L'EXTRACTION DES DENTS VIVANTES

Président de la Thèse : M. STRAUS, professeur.

Juges { MM. HUTINEL.
WIDAL.
WURTZ.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'Enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE GOUPY, G. MAURIN, SUCCESSEUR

71, RUE DE RENNES, 71.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

594

DE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Juillet, à 1 heure

PAR **Louis-Auguste-Paul DUPONT**

NÉ A TROYES (AUBE), LE 18 OCTOBRE 1863

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

DE

CERTAINES TUMEURS DOULOUREUSES

DU

REBORD ALVÉOLAIRE

CONSÉCUTIVES A L'EXTRACTION DES DENTS VIVANTES

Président de la Thèse: M. STRAUS, professeur.

Juges { MM. HUTINEL.
WIDAL.
WURTZ.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'Enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE GOUPY, G. MAURIN, SUCCESSEUR

71, RUE DE RENNES, 71.

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAROULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	{ N...
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	{ JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DEN.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM. ROGER.
ACHARD.	DELBET.	LETULLE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MARFAN.	THERRY.
ANDRE.	GILBERT.	MARIE.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA	MENETRIER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	TOURETTE.	NELATON.	VARNIER.
BROCA.	GLEU.	NETTER.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HARTMANN.	POIRIER, chef des tr. anat.	WEISS.
CHARRIN.	HEIM.	REITERER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.

Le Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0052

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR STRAUS

Professeur de Pathologie comparée et expérimentale à la Faculté
de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LOUIS DUPONT

Chirurgien-Dentiste des Hôpitaux et Hospices de Troyes,
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris et de l'Ecole Dentaire
de France.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES PREMIERS MAITRES

MM. LES DOCTEURS FOREST, MÉDECIN
ET VIARDIN, CHIRURGIEN

De l'Hôtel-Dieu de Troyes.

A MON EXCELLENT MAITRE ET AMI

M. LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien des Hôpitaux,

Ancien chef de Clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine
de Paris.

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de ma vie scolaire, je dus à différentes reprises, interrompre mes études médicales, pour venir, après la mort de mon père, tenir le cabinet de chirurgien-dentiste, où, pendant une période de plus de trente années, il avait exercé avec succès, et avait su se créer une réputation de praticien habile.

Si la durée de mes études médicales s'en trouva un peu allongée, j'eus, au moins, l'avantage de prendre goût à mon nouveau métier.

De toutes les branches de l'art médical, il en est peu, en effet, qui exigent autant d'habileté de légèreté de main, jointes souvent à un diagnostic réellement délicat. Aussi, cette spécialité de l'art médical ne méritait-elle pas, comme elle l'a été en France, pendant de longues années, et jusqu'à ces derniers temps, d'être abandonnée aux mains du premier venu, charlatan ou ignorant.

Dès les premiers temps que j'eus à exercer l'art dentaire, c'est-à-dire en juin 1886, j'eus l'occasion d'observer un cas de névralgie faciale, provoquée par une lésion du bord alvéolo-dentaire.

Mon attention étant éveillée par cette première observation, j'eus la chance, pendant la durée de ma pratique dentaire, de pouvoir grouper un certain nombre de faits se rapportant au même sujet. Je les notai avec soin, me proposant d'en faire, dans la suite, le sujet de ma dissertation inaugurale.

Mais, fidèle à une vieille et très bonne coutume, nous ne saurions aborder l'exposition des faits dont nous nous sommes proposé l'étude, sans témoigner de notre vive reconnaissance pour tous ceux auxquels nous sommes redevables d'avoir pu entreprendre le présent travail.

Nous voulons parler d'abord de nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, dont l'excellent enseignement nous a permis d'acquérir les quelques connaissances médicales que nous possédons.

Que MM. les Professeurs Grancher, Duplay et Pinard; MM. les Docteurs Gaucher, Chauffard, Galippe, Mauriac, Variot, Letulle, Potocki, Lepage et Wallich, reçoivent le témoignage de notre gratitude.

Nous citons à part notre bon et très regretté maître, M. le docteur Constantin Paul, dont nous conserverons toujours le pieux souvenir.

Nous n'aurons garde d'oublier ceux qui ont dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale, MM. les docteurs Forest, médecin, et Viardin, chirurgien à l'hôpital de Troyes.

Nous sommes heureux de témoigner notre vive reconnaissance à notre jeune maître et ami le docteur Demoulin; dès le

début de nos études et pendant toute leur durée, nous l'avons constamment rencontré sur notre route. D'abord, lorsque nous n'étions encore que jeune étudiant, et lui, déjà l'interne estimé de ses chefs ; puis à Clamart, où pendant son prosecutorat, grâce à son érudition et surtout à son talent, inné pour l'enseignement, il avait su grouper autour de lui de nombreux élèves. C'est ensuite à l'Hôtel-Dieu que nous le retrouvons, brillant chef de clinique à la parole si facile, venant compléter par ses bonnes leçons de seméiologie, l'enseignement magistral de notre excellent maître, M. le professeur Duplay. Enfin, maintenant que le titre bien mérité de chirurgien des hôpitaux est venu le récompenser de longues années d'un travail opiniâtre, nous le retrouvons encore, toujours prêt à nous rendre service, nous aidant à mener à bien ce modeste travail. Aussi, aujourd'hui que l'occasion nous en est offerte, nous nous empressons de lui exprimer, publiquement, notre sincère gratitude.

M. le professeur Strauss nous a fait un grand honneur en daignant accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons nos très-sincères remerciements.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT
DE
CERTAINES TUMEURS DOULOUREUSES
DU
REBORD ALVÉOLAIRE
CONSÉCUTIVES A L'EXTRACTION DES DENTS VIVANTES

EXPOSÉ DU SUJET

Comme l'indique son titre, ce travail aura pour but de traiter de certaine affection douloureuse des rebords alvéolaires, affection qui, dans quelques cas rares, peut occasionner la production de tumeurs, venant faire saillie à l'extérieur.

Ayant eu la bonne fortune, pendant que nous pratiquions l'art dentaire, de rencontrer deux de ces tumeurs (obs. I et II) nous avons réussi, en nous basant à la fois sur leur étude clinique et leur examen au laboratoire, à en déterminer nettement la nature. Nous venons aujourd'hui faire connaître le résultat de nos recherches.

Dans l'exercice de l'art dentaire, il est fréquent de rencontrer ces rebords alvéolaires douloureux qui font le désespoir du praticien en rendant très difficile, quelquefois même impossible, le port d'un appareil prothétique.

Dès les premiers temps que j'eus à exercer l'art dentaire, c'est-à-dire en juin 1886, je me butai à une difficulté de ce genre. En prenant l'empreinte du rebord alvéolaire d'un maxillaire supérieur, avec une pâte molle et chaude, je provoquai, par la pression jointe à la température relativement élevée de la pâte, un accès douloureux aigu s'étendant à la fosse canine et à toute la région préauriculaire droite. Sans entrer dans les détails de cette observation que l'on retrouvera plus loin (obs. III), je constatai que cet accès douloureux avait pour point de départ l'excitation d'un endroit facile à déterminer, correspondant très exactement à l'emplacement qu'avait occupé jadis la deuxième petite molaire supérieure droite, extraite depuis plus de vingt ans.

Depuis, pour éviter le retour de semblable désagrément, je pris l'habitude de palper avec soin, point par point, les rebords alvéolaires, avant d'en prendre l'empreinte. Lorsque je rencontrais un endroit douloureux, j'y injectais quelques gouttes d'une solution de cocaïne au cinquantième.

L'observation de cette pratique me fit reconnaître combien il était fréquent de rencontrer ces points douloureux. A vrai dire, une exploration minutieuse est quelquefois nécessaire pour les reconnaître, tellement leur seul symptôme, la douleur, est en proportion insignifiante.

Mais il faut bien dire que cette douleur extrêmement variable, ne se manifestant quelquefois que par une légère sensation de picotement, peut dans d'autres occasions déterminer les accès les plus violents, s'irradiant dans les trois branches du trijumeau, et déterminant l'horrible mal, si bien décrit par Trousseau et baptisé par André du nom de tic douloureux.

Il est heureusement certain que dans l'immense majorité des cas, tout se borne à cette sensation insignifiante dont nous parlions plus haut, et qui mérite à peine la qualification de douleur.

Mais que les douleurs soient petites ou grandes, nous voudrions aujourd'hui, par ce travail, démontrer, ainsi que l'a soutenu le premier, M. le professeur Duplay dès 1884 :

1° Que ces névralgies à caractère spasmodique sont dues à des névromes, au sens clinique du mot.

2° Qu'un névrome du rebord alvéolaire résulte de la prolifération du bout central (névrome de régénération de Van Lair) du filet nerveux qui se rendait à une dent extraite vivante ; c'est-à-dire, à une dent extraite alors qu'elle était encore pourvue d'une pulpe pleine de vie, dent qui aurait dû, le plus souvent, ne pas être arrachée, mais conservée par un traitement rationnel.

3° Qu'un névrome, absolument indolore par lui-même, ne devient douloureux que lorsqu'il est insuffisamment abrité contre les causes d'irritation venant de l'extérieur, ce qui se rencontre dans deux principales circonstances.

A. Fracture du bord alvéolaire se produisant à propos de l'extraction d'une dent vivante, et empêchant la cicatrisation de se faire dans de bonnes conditions.

B. Résorption plus ou moins rapide des rebords alvéolaires, consécutive à une diathèse ou à la sénilité.

Aujourd'hui, nous croyons bien faire en prenant pour sujet de notre thèse, cette étude des rebords alvéolaires douloureux. Nous sommes parvenus, pendant ces dix dernières années, à grouper un certain nombre d'observations. Nous avons mis, à dessein, à côté d'observations importantes, une série d'autres faits dont l'intérêt pourra paraître moindre. Mais nous pensons que les moins importants puiseront leur intérêt dans cette raison qu'ils sont là pour démontrer que, malgré l'intensité extrêmement variable du symptôme douleur, la cause qui engendre ce symptôme semble ressortir toujours la même : Ils mettent en évidence le premier degré d'un mal qui, insignifiant au début, peut quelquefois acquérir une violence telle que le malheureux qui en est atteint perd ses forces, s'amaigrit, et, le moral étant profondément affecté, finit quelquefois par le suicide.

Deux de ces observations font faire, croyons-nous, un grand pas à la connaissance de l'étiologie et de la pathogénie des névralgies spasmodiques du trijumeau. C'est principalement sur elles que nous nous appuyons, pour démontrer que ces névralgies spasmodiques reconnaissent pour cause la formation de névromes, névromes qui deviennent douloureux par leur situation immédiate sous la muqueuse

gingivale. Dans ces deux observations, les choses vont même plus loin ; nous voyons la tumeur venir faire saillie à l'extérieur ; nous pouvons la saisir, *habemus confitentem reum*, et placée sous le champ du microscope, nous la forçons à avouer sa véritable nature.

HISTORIQUE

Parmi les causes d'origine très différente qui peuvent occasionner des douleurs de forme spasmodique dans une portion plus ou moins étendue du territoire innervé par le trijumeau, il en est une qui a son point de départ dans une lésion nerveuse périphérique siégeant au niveau des rebords alvéolaires.

Le fait a été mis en lumière, d'une façon indéniable, d'abord par les observations de Gross et de Duplay, et en dernier lieu de Cruet, Jarre et Josias.

L'histoire de ces névralgies d'origine spéciale ne remonte donc pas bien haut. Avant 1870, époque à laquelle parut le mémoire de Gross, les auteurs ne semblent pas avoir connu cette cause, malgré sa fréquence relative.

Fothergill pense que ces névralgies spasmodiques sont de nature épileptique.

Trousseau n'est pas aussi affirmatif. Il trouve que, par certains de leurs caractères, leur brusque apparition, leur maximum d'intensité immédiat, leur disparition rapide, elles ne manquent pas d'analogie avec les crises d'origine épilep-

tique. Mais il ne trouve pas ces caractères suffisants pour affirmer la nature épileptique du mal, et il se contente de les désigner, sous le nom un peu vague, de douleurs épileptiformes.

Il est certain que toute excitation du trijumeau, à un endroit quelconque de son trajet, est susceptible de déterminer des douleurs spasmodiques, dans une étendue plus ou moins considérable de son territoire. Cette excitation peut être provoquée par des causes bien différentes.

C'est ainsi que dans les observations de Jeffreys, J.-B. Allan et Bonnafont les douleurs spasmodiques de la face sont provoquées par la présence d'un corps étranger (morceau de porcelaine, concrétion calcaire, fragment de balle).

Mais déjà, bon nombre d'observateurs remarquent que fréquemment les névralgies faciales spasmodiques reconnaissent pour cause une altération des dents elles-mêmes.

L'importance du rôle que joue la carie des dents dans la production de la névralgie faciale a été diversement appréciée ; aussi me paraît-il nécessaire d'insister sur l'historique de cette question étiologique. Bérard a contribué à jeter du discrédit sur l'opinion qui rattache la névralgie faciale à la carie dentaire (1835-1836). Valleix, recherchant quelle peut être l'influence de l'état des dents sur la production de la névralgie faciale, conclut de l'analyse d'un certain nombre de faits que la carie d'une dent n'a, dans aucun cas, nettement authentique, occasionné une névralgie bien déterminée (1841). Ce résultat s'accorde avec la conclusion que

Chaponnière a formulée en ces termes : « Cette cause par la
« carie ou par exostose des dents doit être fort rare ; car
« dans de nombreuses observations, on lit qu'on a fait
« extraire des dents dans l'espoir d'alléger la souffrance, et
« on n'en a obtenu aucun amendement. » Cependant, en
1842 Stille, en 1843 Valleix, Girard en 1850, publient des
exemples de névralgie faciale qui avaient pour cause évi-
dente une carie dentaire. Friedberg est tellement persuadé
de l'influence des dents sur la névralgie spasmodique de la
face, qu'il en propose l'extraction. Mais la preuve est bientôt
faite que l'avulsion des dents pratiquée n'amène aucun résul-
tat favorable. On cite des cas dans lesquels presque toutes
les dents du côté malade de la bouche ont été successive-
ment arrachées. Cette avulsion, impuissante en principe,
maintenant que nous connaissons la pathogénie de la maladie,
ne faisait, au contraire, le plus souvent, que donner une plus
grande intensité aux symptômes. Enfin, dès cette époque, on
reconnaissait que l'avulsion des dents pouvait, à elle seule,
provoquer la névralgie. Neucourt, dans un important mé-
moire paru sur la question, fait ressortir combien souvent la
carie dentaire et l'avulsion sont des causes fréquentes de
névralgie.

D'autres auteurs, et, parmi eux Guastalla (de Trieste),
considèrent bien les dents comme cause de ces douleurs.
Mais ils n'arrivent pas à se rendre compte nettement de la
différence essentielle qui existe entre ces algies spasma-
diques, qui n'ont besoin pour se produire que de la simple

excitation mécanique du nerf, et les douleurs spéciales et bien différentes de la névrite.

Dans le cas de Denucé, l'excitation agit directement sur le nerf maxillaire inférieur même. Mais elle ne vient pas du dehors : c'est un coude formé sur le trajet du canal osseux logeant le nerf maxillaire inférieur, qui rétrécit le calibre de ce canal et occasionne les douleurs par une pression constante.

L'opinion de Gross est à rapprocher de ce fait. Il pensait, en effet, que cette affection douloureuse avait pour cause la compression des minces filets nerveux qui traversent les alvéoles, par le dépôt osseux dans les canalicules.

Nous n'avons pas la prétention de démolir complètement cette théorie, qui paraît très vraisemblable dans certains cas, c'est-à-dire lorsqu'il y a production de matière osseuse en excès. Mais, lorsque c'est le contraire, lorsque le malade, en proie à ces névralgies, se trouve simultanément atteint d'une diathèse quelconque qui par sa nature dystrophique amène la raréfaction osseuse, comme c'est le cas le plus fréquent, il faut bien reconnaître qu'alors la théorie de Gross se montre absolument insuffisante.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Dans sa première observation, parue à ce sujet, en 1884, M. le professeur Duplay, après avoir constaté que la lésion, chez son malade, ne dépassait pas les alvéoles, se demande, à son tour, quelle est la nature de cette lésion. Les alvéoles ne présentant aucune espèce d'inflammation, le tissu osseux paraissant absolument sain, ne s'agirait-il pas tout simplement de petits névromes douloureux, comme on en observe à l'extrémité des nerfs après les amputations. M. le professeur Duplay ajoute que cette dernière hypothèse se présente d'autant mieux à l'esprit que cette forme de névralgie du maxillaire a toujours pour point de départ l'alvéole d'une dent arrachée.

Gross avait déjà reconnu que cette affection siège toujours au niveau des alvéoles en un point correspondant à une dent arrachée. Il avait été frappé par ce fait que cette affection se rencontre presque exclusivement chez des gens âgés, que l'extraction de la dent incriminée remonte généralement à plusieurs années, souvent même à un temps très long, plus de vingt années, avant l'apparition des accidents.

Avec Gross, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que ces lésions sont toujours précédées d'une ou de plusieurs extractions de dents.

Mais personne, jusqu'à présent, croyons-nous, n'a fait attention à ce point spécial de savoir dans quelles conditions se trouvait la dent, lors de l'extraction. S'agissait-il d'une dent morte ou vivante ? Cette considération nous paraît avoir la plus grande importance, et c'est de ce fait primitif que découle toute entière la pathogénie des névralgies spasmodiques ayant leur siège dans le rebord alvéolaire.

Or, si l'on recherche dans quel état se trouvait la dent, lors de son extraction, on verra que, le plus souvent, il s'agissait de dent cariée, mais encore vivante. La carie avait détruit une certaine masse de dentine, mis la pulpe à nu, et des rages de dent, intolérables, avaient obligé le patient à avoir recours au dentiste. D'autres fois la dent a été extraite parce qu'elle poussait de travers, ou arrachée par un traumatisme violent. Mais toujours il s'est agi d'une dent extraite vivante de son alvéole. Jamais, au contraire, nous n'avons vu de névralgie spasmodique se produire à la suite d'extractions de dents mortes, c'est-à-dire de dents dont le faisceau vasculo-nerveux a été détruit par l'inflammation aiguë, sub-aiguë ou chronique.

M. le docteur Jarre, dans son mémoire sur la névralgie spasmodique de la face, écrit, et nous pensons comme lui que :
« le tic douloureux est presque toujours l'expression clinique
« d'une lésion nerveuse périphérique de nature cicatricielle. On

« sait, ajoute-t-il, depuis fort longtemps déjà, que les névral-
« gies observées chez les amputés, par exemple, sont symp-
« tomatiques de lésions occupant les extrémités nerveuses
« terminales de la cicatrice du moignon. De même, dans la
« névralgie spasmodique de la face, les altérations nerveuses
« ont pour siège habituel une cicatrice du rebord alvéolaire. »
Jusqu'à ce point, nous abondons dans le sens de cet auteur,
mais là où nous nous trouvons en complet désaccord avec
lui, c'est lorsqu'il ajoute : « les lésions cicatricielles se
« produisent dans des conditions spéciales, liées à des phé-
« nomènes d'infection et de suppuration des tissus alvéo-
« laires avant leur cicatrisation. Or, ces accidents infectieux
« se développent plus spécialement sous l'influence de deux
« causes principales. La première, et de beaucoup la plus
« fréquente est l'arthrite alvéolaire ou périostite alvéolo-
« dentaire, secondaire ou primitive; la seconde, relative-
« ment plus rare, est la gingivo-périostite déterminée par
« l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure. »

Quant à nous, nous considérons la périostite alvéolo-den-
taire chronique comme incapable de pouvoir engendrer la
lésion nerveuse. En effet, si dans cette affection les dents
peuvent finir par tomber spontanément et sans douleur, c'est
que, depuis longtemps, les différents organes : nerfs, vais-
seaux qui faisaient partie de la pulpe ont été mortifiés et
détruits; il ne reste qu'un tissu cicatriciel qui ne saurait
donner naissance à un névrome.

Mais si la périostite alvéolo-dentaire est incapable par

elle-même d'engendrer la lésion nerveuse, la résorption des rebords alvéolaires qui la suit peut mécaniquement provoquer des douleurs dans une lésion nerveuse préexistante, jusqu'alors insensible. Voilà le véritable rôle de la périostite et de la résorption consécutive. Après avoir fait tomber les dents, la diathèse dystrophique a continué son œuvre. Le rebord alvéolaire s'est plus ou moins rapidement résorbé, abandonnant dans sa retraite les masses néoplasiques, moins résorbables, qu'il pouvait contenir.

Que l'on interroge le malade avec soin, ainsi que nous l'avons fait toutes les fois que l'occasion s'en est présentée : à moins que le malade ne se rappelle plus, étant donné l'espace de temps quelquefois considérable qui sépare l'époque de l'extraction de la dent de celle où sont apparues les douleurs névralgiques, on reconnaîtra facilement de quel genre de douleurs il s'agissait : c'était des rages de dents, caractérisées par des douleurs apparaissant brusquement avec leur maximum d'intensité, et cessant très vite aussitôt que la cause d'irritation avait disparu. Or, ces douleurs sont le propre des dents vivantes dont on excite la pulpe. Elles présentent un contraste frappant avec les douleurs produites par la périostite alvéolo-dentaire aiguë ou chronique. Qu'on se reporte à nos observations II et IV ; dans la première, il s'agit d'un diabétique, dans la seconde, d'un rhumatisant chronique. Tous les deux ont vu leurs dents disparaître, en quelques années, emportées par la périostite chronique alvéolo-dentaire, si bien décrite par Magitot.

Notre premier malade, le diabétique, ne s'était jamais fait extraire qu'une dent dans sa vie, alors qu'il était encore jeune. C'était une canine qui avait eu le tort de pousser de travers. On nous accordera qu'elle n'en était pas moins bien saine et bien vivante. Eh bien, à quel endroit trouve-t-on la lésion douloureuse sur le rebord alvéolaire? Juste en un point précis correspondant exactement à la canine extraite. Partout ailleurs, il y a bien une formidable résorption des bords alvéolaires, mais pas trace de douleur. (Obs. II.)

Pour notre rhumatisant chronique, c'est la même chose. Il a 28 ans lorsqu'un coup de pied de cheval lui fait sauter trois dents et détermine, en même temps, une fracture assez étendue du rebord alvéolaire. La cicatrisation se fait dans de bonnes conditions, mais la place n'en reste pas moins, depuis ce temps, douloureuse au toucher.

Au moment de l'accident sa santé est excellente. Mais, au bout d'un certain nombre d'années, son état général est moins bon; il est perclus de douleurs. Vers 60 ans ses dents se déchaussent, s'ébranlent et finissent par tomber, ses arcades alvéolaires se résorbent. Mais elles n'en restent pas moins absolument indolores, excepté, bien entendu, du côté où a eu lieu l'accident autrefois. Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque n'ayant jamais pu supporter un appareil prothétique, il n'en mange pas moins du côté non blessé, sur ses rebords alvéolaires mêmes. (Observ. IV.)

M. le professeur Duplay, dans son observation de 1884, exprimait le vif regret de n'avoir pu, faute d'instruments

convenables; enlever autrement que par fragments minimes, le bord alvéolaire douloureux. Il espérait que l'examen histologique des tissus entrant dans la composition de ce bord alvéolaire, aurait renseigné exactement sur la nature des lésions dont il était atteint.

Plus tard, le docteur Jarre exprime un regret analogue. Il a bien mis à l'étude des fragments osseux, mais il ne connaît pas encore le résultat de ces recherches histologiques, dont il compte faire l'objet d'une étude complétant son mémoire.

La pathogénie de ces lésions restait donc encore incertaine.

Quant à nous, l'occasion s'offrait trop belle pour ne pas en profiter, et nous ne saurions trop remercier notre ami, le docteur Guillaume, élève du savant neurologiste lyonnais, M. le professeur Pierret, de l'obligeance qu'il nous a témoignée, en mettant à notre service toute son érudition, pour l'examen histologique de notre tumeur. (Voir observ. 1 et Anatomie pathologique.)

C'était bien, en effet, de névrome qu'il s'agissait, comme l'avait pressenti le professeur Duplay.

Mais dans quelles conditions et pour quelles causes ce névrome se formait-il, puisque névrome il y avait? Puis, une fois formé, pourquoi devenait-il douloureux?

Pour répondre à la première question, nous allons examiner, d'une façon générale, ce que devient le bout central d'un nerf qui vient d'être sectionné ou arraché, qu'il s'agisse

aussi bien d'un nerf volumineux que d'un petit, du sciatique que du mince filet nerveux se rendant à la pulpe d'une dent.

Laissant la parole à une voix plus autorisée que la nôtre, nous empruntons à notre jeune maître, le docteur Lejars, dans un article sur les plaies des nerfs, paru dans le *Traité de chirurgie* publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus, la description de la dégénérescence et surtout de la régénération du bout central d'un nerf quelconque, en envisageant particulièrement le cas où ce bout ne doit plus se réunir au bout périphérique. « 1° Phase de dégénérescence. Le bout central ne reste pas indemne, la myéline se fragmente en gouttelettes ou en boules plus ou moins fines, la gaine protoplasmique de Mauthner se gonfle et devient granuleuse, le noyau se segmente, mais ces phénomènes ne s'étendent pas au-dessus du premier étranglement annulaire, et le cylindre-axe est conservé; il s'épaissit même, il devient nettement fibrillaire, et c'est lui qui sera l'élément actif de régénération....

« Chez l'homme, on n'a pu suivre complètement dans leurs détails histologiques les altérations des nerfs sectionnés; mais maintes fois on a relevé, sur le vivant, les caractères extérieurs des deux bouts, dans la plaie de recherche, lors de suture secondaire, et ce qu'on a trouvé correspond au schéma donné par Ranvier.

« Ce que l'on observe, en général, le voici :

« Le bout central se termine par un renflement allongé ou ovoïde; bulbe central (bourgeon central de Ranvier, *névrome*

de régénération de Van Lair), dont le volume varie avec les dimensions mêmes du cordon nerveux ; il est gros comme un haricot, comme une noisette, etc. ; il avait jusqu'à deux centimètres de diamètre dans une section ancienne du nerf sciatique, opérée par Langenbeck (1876.)

« Il a la coloration blanc mat du nerf, quelquefois il est grisâtre ; il adhère aux tendons voisins ou se trouve encapsulé dans une gangue cicatricielle ; au-dessus de lui le cordon nerveux (segment central) conserve tous ses caractères normaux.

« 2° Phase de régénération. C'est l'étude du bulbe central et du segment cicatriciel qui permet de suivre le mécanisme histologique de la régénération nerveuse.

« Elle commence dès le dix-huitième ou vingtième jour ; elle est déjà facile à analyser vers le soixantième jour ; elle est très nette au cent-soixantième jour (Ranvier). Dans le bout central, chez le cobaye, les fibres néoformées apparaissent au quatorzième jour, se dessinent nettement au dix-septième jour, se prolongent jusqu'à la cicatrice à la fin du premier mois, et vers la fin du troisième mois, elles ont acquis une enveloppe de myéline et une gaine de Schwann. (Eichhorst, Johnson.)

« Chez l'homme, on n'a point d'indications précises : les conditions qui modifient la durée de la régénération doivent influencer sur sa précocité.

« C'est par le bourgeonnement des cylindres-axes du bout central que naissent les éléments du nerf nouveau ; et

c'est, en règle, au niveau du premier étranglement qui surmonte la section que les cylindres-axes bourgeonnent ; il en émerge soit une fibre unique à myéline, soit un cylindre-axe nu qui, plus loin, se branche en Y et s'enveloppe d'une gaine de myéline ; ou encore trois tubes se détachent côte à côte d'un même étranglement. Toujours est-il que les tubes originels se divisent à leur tour et que d'un seul tube nerveux et d'un seul cylindre-axe peuvent provenir 25, 30, 40 tubes nouveaux. On comprend qu'une végétation aussi active soit suffisante à reproduire un cordon nerveux tout entier. Le *bulbe central ou névrome de régénération en dérive* ; il est formé d'un nombre considérable de fibres neoformées, enchevêtrées en tous sens, comme dans les névromes d'amputation (Hayem et Gilbert) et qui sillonnent une épaisse gangue conjonctive.

« Dans le bout central, la zone de prolifération varie de un centimètre et demi à deux centimètres et demi au-dessus du point sectionné, et ce sont surtout les tubes corticaux qui végètent, d'après Van Lair. Les jeunes fibres peuvent atteindre une longueur de un centimètre et demi à deux centimètres et demi et même plus, jusqu'à six centimètres ; mais, au delà, il leur faut l'appui directeur des gaines vides et des faisceaux fibreux du bout périphérique pour continuer leur développement centrifuge. Aussi, dans le bulbe central, un grand nombre s'égare-t-il en mille sens divergents, sans pouvoir gagner le segment cicatriciel ; d'où le volume que souvent acquiert le névrome de régénération et qui, en

réalité, est loin de représenter la quantité de fibres néoformées utiles.

« Si la réunion ne se fait pas, ces fibres s'arrêtent là définitivement; elles s'atrophient et la sclérose envahit la presque totalité du renflement. »

Ainsi, le fait est avéré; tout nerf sectionné qui se cicatrise, voit à l'extrémité de son bout central se former une masse fibro-nerveuse appelée par Ranvier, bourgeon central, et par Van Lair, *névrome de régénération*. D'autre part, Hayem et Gilbert affirment que la texture du *névrome de régénération* est identique à celle du *névrome d'amputation*. Ce n'est qu'un épaissement, une hypertrophie des éléments entrant dans la composition normale du nerf. (Tissu conjonctif et éléments nobles). Tout au plus la proportion de ces éléments est-elle un peu différente de la normale par excès de tissu conjonctif.

Or, une tumeur ainsi constituée n'est nullement douloureuse par elle-même. Examinons donc pour quelles raisons elle peut le devenir.

Nous en trouvons deux causes :

1° Inflammation.

2° Cause mécanique. Protection insuffisante du bout hypertrophié, le mettant à la merci de la moindre excitation venue du dehors.

Dans certains cas, les deux causes peuvent se combiner, et nous voyons alors les douleurs continues caractéristiques de

la névrite se compliquer de violents accès douloureux, éclatant à la moindre excitation.

1° *Inflammation*. — Débarrassons-nous de suite de la cause inflammatoire que nous ne voulons considérer dans la formation des névromes douloureux du rebord alvéolaire, que comme une cause du début tout à fait de second ordre, et, en tous cas, nullement indispensable. Lorsqu'une plaie est infectée, l'inflammation des nerfs ne tarde pas à se manifester ; la névrite apparaît avec le cortège de symptômes qui lui est propre. Nous mentionnons rapidement les troubles trophiques et de la motilité, très importants dans une plaie des membres, mais sans intérêt dans le genre de plaie qui nous occupe.

Les troubles sensitifs de la névrite sont caractérisés surtout par une douleur spontanée, sourde, gravative, continue, mais sans exacerbation brusque. Ce sont les troubles que l'on rencontre fréquemment dans les quelques jours qui suivent l'extraction d'une dent, lorsque l'on n'est pas venu lutter contre l'infection, en organisant sitôt après l'opération, un traitement prophylactique, tel que les lavages antiseptiques répétés de la cavité buccale. Mais ces troubles sont rarement graves ; ils cessent généralement au bout de quelques jours, et la plaie se cicatrise.

Toutefois, sans accorder la large place que lui fait le docteur Jarre, dans l'étiologie des névralgies spasmodiques, nous reconnaissons volontiers qu'un état inflammatoire peut

parfaitement, en provoquant l'excitation continue d'un névrome physiologique de régénération en voie de formation, contribuer au développement exagéré et plus rapide de ce névrome.

2° Cause mécanique : Protection insuffisante du névrome de régénération. — Mais il n'est nullement nécessaire que l'inflammation entre en œuvre pour que dans un bout central, physiologiquement hypertrophié, l'élément douleur apparaisse : il suffit tout simplement que ce bout central soit insuffisamment protégé.

Supposons une opération ainsi conduite : Le chirurgien se trouve en présence d'une main qui vient d'être broyée jusque et y compris l'articulation du poignet. Dans le but de conserver le plus possible, au lieu de faire une amputation en règle dans un point d'élection choisi au-dessus, le chirurgien se contente de régulariser les lambeaux. Il les rapproche, pose les drains nécessaires, et fait seulement quelques points de suture, ne cherchant pas, bien entendu, une réunion par première intention. Par une antisepsie rigoureuse, il parvient à éviter toute complication infectieuse. Rien ne venant s'y opposer, la cicatrisation se fait dans d'excellentes conditions, et il a pu conserver la presque totalité de l'avant-bras à son malade.

Tout semble donc aller pour le mieux, et maintenant que la guérison est obtenue, il s'agit de faire porter un appareil à cet avant-bras. Impossible, le moignon comprimé par

l'appareil ne tarde pas à devenir horriblement douloureux à la moindre pression.

Le malheureux chirurgien, par trop résolument conservateur, n'a pas remarqué dans le feu de l'opération, un bout de nerf pendant lamentablement dans un coin quelconque de la plaie, nerf qu'il aurait dû réséquer le plus haut possible de façon à le noyer dans un bon matelas fourni par une couche musculaire. Le bout central de ce nerf, physiologiquement hypertrophié pour former le névrome de régénération de Van Lair, se trouve à même sous la peau, adhérent à la cicatrice irritée, douloureuse, rouge et vascularisée.

Mais, il n'y a pas de raison pour que ce qui se passe, à l'occasion d'une plaie d'un membre, ne se passe pas exactement de même pour une plaie du maxillaire.

Il suffit de nous reporter à notre observation I.

Notre homme avait vu emporter, avec sa dent, par la trop fameuse clef de Garangeot, une bonne partie de son rebord alvéolaire et même de la table externe du maxillaire. D'autre part le filet nerveux dentaire, qui se rompt, au petit bonheur, en un point quelconque de son trajet, avait cédé probablement à une distance assez éloignée du point où il naît du nerf maxillaire ; et le voilà, lui aussi, pendant lamentablement en dehors de la plaie osseuse.

Pendant quelques jours, de fortes douleurs d'origine inflammatoire masquent la scène. Mais ces douleurs ne tardent guère à disparaître : la cicatrisation s'effectue, un peu plus lente toutefois, par suite de la largeur de la plaie.

Mais pendant que la plaie se réparait, notre bout central a proliféré à son aise, et lorsque la cicatrisation est définitive, nous le trouvons placé immédiatement sous la muqueuse gingivale.

En effet, le malade s'aperçoit que la cicatrice est toujours sensible, mais ce ne sont plus les mêmes douleurs continues que dans les premiers jours qui ont suivi l'extraction. C'est en réalité un endroit sensible, qui ne lui permet pas de manger de ce côté, sous peine de voir apparaître subitement de véritables rages de dents, absolument semblables à celles qui le prenaient autrefois, lorsqu'un corps étranger, pénétrant dans sa dent creuse, arrivait en contact avec la pulpe.

Malgré toutes les précautions que prend le malade, les excitations ne manquent pas à notre névrome. Aussi, irrité continuellement, ne se fait-il pas faute de proliférer, de s'hypertrophier à son aise. Placé entre un plan résistant, l'os maxillaire, et un plan éminemment extensible, la muqueuse gingivale, il se développe en refoulant devant lui cette dernière, et le voilà qui vient émerger dans l'espace alvéolaire, veuf de sa dent. A cette période, les accès redoublent de fréquence et d'intensité, la douleur s'irradie dans toute la face. Voilà le tic douloureux constitué.

Il nous faut étudier maintenant un autre processus, par lequel un névrome, enfermé pendant longtemps dans l'épaisseur de l'arcade dentaire, et protégé par une couche osseuse suffisante, peut, à la longue, devenir progressivement accessible aux excitations venant de l'extérieur, par suite de la *résorption* de cette arcade alvéolaire.

Une dent, en pleine vitalité, est extraite; le bout central du filet nerveux qui s'y rendait s'hypertrophie par la prolifération du tissu conjonctif et des éléments nobles, un névrome de régénération se forme : C'est une loi.

Mais l'alvéole bien conservé se cicatrise et ne tarde pas à recouvrir le névrome d'une couche osseuse protectrice, avant qu'il ait eu le temps de prendre un bien grand développement et de pousser ses éléments proliférants jusqu'à la périphérie, sous la couche muqueuse gingivale même. Dans ces conditions, ce névrome, recouvert par une couche suffisante d'os, reste dans la profondeur, et, ne subissant pas d'irritation, il reste silencieux.

Mais vienne la résorption des rebords alvéolaires, au fur et à mesure qu'ils s'affaissent, notre névrome, composé de tissus moins résorbables, semble monter vers la périphérie. Bientôt, il n'en est plus séparé que par une couche mince. A ce moment, de légères douleurs, des picotements apparaissent. Mais la résorption continue, et voilà notre névrome placé immédiatement sous la muqueuse gingivale, insuffisamment protégé, irrité, proliférant. Les légères douleurs, les simples picotements du début font place aux accès douloureux, tendant toujours à s'aggraver, et voilà, encore une fois, par un autre processus, le terrible tic douloureux constitué.

Nous devons nous demander, maintenant, quelles sont les *causes qui provoquent la résorption plus ou moins rapide des maxillaires.*

On en reconnaît deux : la sénilité et la maladie.

1° *Sénilité. Résorption physiologique des maxillaires.*

Pendant le développement des os, le mouvement de composition l'emportant sur le mouvement de décomposition, les os acquièrent une solidité croissante. Dès qu'ils sont parvenus au terme de leur évolution, le mouvement de décomposition prend le dessus, les mine de toutes parts ; ils se raréfient de plus en plus, et leur solidité diminue en raison de cette raréfaction ; ainsi s'expliquent la légèreté et la fragilité des os chez le vieillard.

Dans les os maxillaires, c'est d'abord sur le tissu spongieux que s'exerce l'absorption ; les trabécules de ce tissu s'amincissent ; les cellules deviennent plus grandes ; elles communiquent plus largement. A un âge variable pour chaque individu, selon qu'il offre plus ou moins de résistance, âge relativement peu avancé chez beaucoup, ce travail de destruction s'étend du tissu spongieux à la face correspondante des deux tables de l'os qui s'amincissent et en même temps se rapprochent, d'où une diminution d'épaisseur. Finalement, à un âge avancé, il n'est pas rare d'observer la résorption complète des bords alvéolaires. A l'os maxillaire supérieur la voûte palatine semble se continuer directement jusqu'à la paroi postérieure des lèvres.

Le maxillaire inférieur, nivelé par les parties molles, ne présente plus sur un moulage en plâtre de rebord appréciable.

2° *Diathèses, états dystrophiques. Résorption pathologique des maxillaires.*

L'âge auquel on observe ordinairement la résorption pathologique progressive des maxillaires en général, et des rebords alvéolaires en particulier, résorption qui peut aller jusqu'à la perforation de la voûte palatine (Leon Labbe, Dolbeau, A. Dubreuil, Carrière, Baudet), correspond à la période moyenne de l'existence de 35 à 50 ans. Cependant on peut l'observer plus tôt ; M. Després en a vu des exemples chez les jeunes gens, et M. Galipe chez les enfants. J'ajouterai même qu'elle est assez fréquente chez les vieillards, et alors elle fait cause commune avec la résorption physiologique que nous venons d'étudier.

Quant aux causes mêmes de la maladie, Fauchard en faisait une affection locale. Jourdain, au contraire, affirme qu'« il n'y a pas, presque pas de personnes attaquées de « cette maladie qui n'y aient donné lieu, soit par un manque « dans le régime de vivre en général, ou qui n'aient eu précédemment quelque affection particulière dont les restes « suffisent pour altérer les liqueurs pendant un certain temps. » Finalement, il considère cet état comme de nature scorbutique.

Un siècle après, la notion étiologique de diathèse est de nouveau nettement formulée par M. Magitot. Pour cet auteur, c'est la manifestation symptomatique d'un mauvais état général ; la plupart des diathèses y prédisposent.

Marchal (de Calvi) précisa la question au point de vue du diabète. M. Magitot incrimine, en outre, la goutte, le rhumatisme, l'anémie, l'albuminurie symptomatique d'un mal de Bright, le scorbut, les fièvres éruptives (Salter-Guy's), l'arthritisme.

Chauveau est tellement imbu de l'influence rhumatismale, qu'il donne à la maladie le nom de rhumatisme dentaire.

Une cause prédisposante, dont l'influence resta longtemps ignorée, c'est l'ataxie locomotrice, autrement dit, la syphilis, pour la plupart des neurologistes modernes. En revanche, les auteurs sont nombreux maintenant qui considèrent cette maladie comme une des causes principales de la résorption des maxillaires.

Nous citerons sur la question, les travaux de Pierret, Vallin, Galippe, Baudet.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'opinion des auteurs, qui considèrent l'élément infectieux comme pouvant produire à lui seul toute la maladie. Il est certain que pendant la première période de la maladie, celle qui comprend l'ébranlement, le déchaussement et la chute des dents, l'élément infectieux joue un rôle accélérateur important. C'est ainsi, par exemple, que les dents tombées spontanément chez les ataxiques, sont envahies par les parasites. M. Galippe affirme qu'il ne subsiste pas de doute à ce sujet. Mais, lorsque l'agent infectieux n'a plus de prise, par suite de la chute complète des dents, comment expliquer que la résorption continue son œuvre et peut la pousser jusqu'à la

disparition complète des rebords alvéolaires, et même la perforation de la voûte palatine?

Quoi qu'il en soit, que les auteurs discutent pour savoir à quelle diathèse accorder la part la plus considérable dans la résorption des maxillaires, qu'ils ne s'entendent même pas toujours pour savoir si la maladie reconnaît pour cause un état local mauvais, ou un état diathésique général, le fait n'en est pas moins démontré qu'à côté de la résorption physiologique des maxillaires due à la vieillesse, il en est une autre d'origine pathologique.

Avant de terminer ce chapitre, une question est encore à examiner. Pourquoi, au bout d'un temps plus ou moins éloigné, l'extraction d'une dent vivante n'est-elle pas fatalement suivie de névralgies spasmodiques? Autrement dit : l'extraction d'une dent vivante étant fatalement suivie de la production d'un névrome de régénération, pourquoi ce névrome ne devient-il pas douloureux lorsque la résorption sénile, autre loi fatale, arrive?

Deux raisons se présentent immédiatement à l'esprit. La première, c'est que la rupture du filet nerveux dentaire peut se faire en un point très rapproché de l'endroit où il naît du nerf maxillaire. Dans ces conditions, la couche osseuse, en dépit de la résorption, sera toujours suffisante pour protéger le bout central hypertrophié.

La seconde raison est encore plus simple, et c'est évidemment grâce à elle que, dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de douleur possible. Nous savons, en effet, que si

le névrome de régénération, bien isolé, ne subit aucune espèce d'irritation, son évolution terminale est la dégénérescence fibreuse : « La sclérose envahit la presque totalité du renflement (Lejars) ». C'est, en somme, la règle.

Malheureusement, nous avons vu qu'il n'en était pas toujours ainsi, et que bien souvent une cause infime, impossible la plupart du temps à reconnaître, peut entretenir la petite tumeur fibro-nerveuse dans un état latent d'excitation, et, de cette façon, empêcher l'élément nerveux de dégénérer complètement.

Cette dégénérescence fibreuse du névrome de régénération, dégénérescence qui, comme nous l'avons dit, est la règle, nous semble éclairer singulièrement l'étiologie des fibromes des maxillaires. M. Kirmisson affirme que l'avulsion des dents peut leur donner naissance. Nous n'ignorons pas qu'à un moment donné tous les tissus fibreux qui entrent dans la composition de l'arcade alvéolaire peuvent prendre part au développement de la tumeur. Mais le point originel de la tumeur est toujours central, que la tumeur fasse ou non saillie du côté de la bouche ou des sinus, qu'elle soit sessile ou pédiculée.

Nous reconnaissons que cette hypothèse de faire d'un névrome dégénéré l'origine d'un fibrome n'est qu'une simple vue de l'esprit, mais, la chose nous paraissant très vraisemblable, nous avons cru bon d'en faire mention.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas à nous inquiéter, dans ce chapitre, des cas dans lesquels il existe un simple point douloureux sur le rebord alvéolaire. Tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il n'y a, au niveau de ce point, aucune lésion macroscopique capable de frapper les yeux d'un observateur attentif. Pas trace d'inflammation sur la muqueuse gingivale. Le rebord alvéolaire n'est pas augmenté de volume ; d'où on peut conclure que, tant que les tumeurs douloureuses que nous étudions restent incluses dans l'os, elles ne présentent qu'un volume très peu considérable. Peut-être est-ce la raison qui les a jusqu'ici toujours fait ignorer des auteurs.

Mais nous devons porter particulièrement notre attention sur le cas, rare du reste, où la tumeur finit par venir faire saillie sur le rebord alvéolaire.

Nous avons vu deux malades porteurs de ces tumeurs (Obs. I et II) : l'aspect macroscopique de ces deux néoplasmes était fort différent.

Chez l'un d'eux (Obs. II), la tumeur n'a jamais fait sur le rebord alvéolaire qu'une saillie minime plus appréciable au toucher qu'à la vue.

Lorsqu'elle commença à paraître, elle se présenta sous la forme d'une petite tache blanchâtre, à peu près ronde, du diamètre d'un grain de millet, reposant sur la face antérieure du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur droit, au niveau de la canine autrefois arrachée. Cette petite tache, très douloureuse augmenta lentement de largeur, et finit par avoir un diamètre d'environ 3 millimètres. En même temps, elle arrivait à faire saillie d'une façon appréciable sur le rebord alvéolaire. Elle avait dans les derniers moments où nous l'avons observée, la forme d'un petit bâtonnet à extrémités renflées, bâtonnet dont la partie moyenne reposait à cheval sur la crête de l'arcade alvéolaire, tandis que ses deux extrémités renflées faisaient saillie, l'une en avant, l'autre en arrière de cette arcade. Il est à remarquer que la saillie postérieure avait apparu avant le filament intermédiaire qui les reliait l'une à l'autre.

Le malade, très pusillanime, ne voulut point entendre parler de se laisser enlever cette tumeur (Il était médecin et il l'appelait son névrome) et nous avons dû remédier aux douleurs qu'elle occasionnait par la pose d'un appareil prothétique protecteur qui, d'ailleurs, remplit très bien le but que nous nous étions proposé, la cessation de la douleur.

Le second malade auquel nous avons eu affaire (obs. I) présentait une tumeur, siégeant à l'endroit occupé autrefois par la première grosse molaire gauche supérieure ; elle était du volume d'un petit pois, arrondie, lisse, presque sessile, de consistance dure, contrastant par sa couleur pâle avec la

muqueuse gingivale environnante. Elle faisait saillie sur la face antérieure du rebord alvéolaire fracturé lors de l'extraction de la dent. Née dans la profondeur de l'alvéole, elle faisait pour ainsi dire hernie sur sa face antérieure, rejetée en avant par suite de la conservation de la paroi alvéolaire postérieure, qui n'avait pas été fracturée. La muqueuse qui la recouvrait, amincie, blanchâtre, ne présentait pas trace d'inflammation, ni la moindre ulcération.

Après avoir extrait cette tumeur (voir manuel opératoire au chapitre traitement) je la mis dans l'alcool au tiers et la confiai, pour l'examen histologique, à mon excellent ami le docteur Guillaume, ancien élève du laboratoire de M. le Professeur Pierret, de Lyon. Voici la note qu'il me remit :

« J'ai pratiqué trois coupes transversales perpendiculaires au grand axe de la tumeur, l'une prise au sommet, l'autre à sa partie moyenne, la troisième au voisinage du large pédicule d'implantation.

« La coupe la plus rapprochée du sommet est presque entièrement composée d'une trame conjonctive épaisse. On aperçoit quelques rares tubes nerveux. Presque tous sont coupés obliquement. Ils sont facilement reconnaissables à leur myéline fortement colorée par l'acide osmique. Ces tubes sont isolés les uns des autres, et comme noyés au milieu d'une masse de fibres conjonctives.

« La seconde coupe, portant sur la partie moyenne de la tumeur, montre une gangue fibreuse périphérique très

épaisse. La partie centrale est riche en tubes nerveux complets, c'est-à-dire pourvus de myéline. Ils sont coupés dans tous les sens. Mais même dans les parties de la coupe les plus riches en tubes nerveux, il existe encore une forte proportion de tissu conjonctif.

« La troisième coupe pratiquée près de la base de la tumeur montre toujours une coque conjonctive périphérique, mais plus mince. L'aspect général de cette coupe est à peu près celui que donne une coupe transversale d'un nerf. La différence principale consiste en une proportion plus grande du tissu conjonctif. Les tubes nerveux sont réunis en faisceaux. Ces faisceaux sont séparés par une couche fibreuse très épaisse de tissu conjonctif, couche correspondant au périnèvre du nerf normal. Les tubes nerveux sont presque tous coupés perpendiculairement à leur axe, et se présentent sous la forme de cercles noirâtres (gaine de myéline colorée par l'acide osmique) à centre plus clair (cylindraxe). Malgré les recherches les plus attentives, je n'ai point rencontré dans les différentes coupes que j'ai faites, de fibres de Remak. En résumé, il s'agit là d'une tumeur composée d'une forte proportion de tissu fibreux et de tubes nerveux à myéline, tumeur à laquelle me paraît convenir le nom de fibro-névrome. »

Après cet examen microscopique, il est bien certain pour nous, qu'il s'agit là d'un véritable névrome semblable en tous points aux névromes de régénération des amputés, décrits par Hayem et Gilbert dans les archives de physiologie.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons suffisamment insisté, au chapitre précédent (Anatomie pathologique), sur les caractères macroscopiques que présentent les tumeurs douloureuses que nous étudions dans ce travail; nous n'y reviendrons pas.

Nous savons, d'autre part, que lorsque ces tumeurs sont encore incluses dans le rebord alvéolaire les signes physiques, perceptibles par le médecin, sont absolument nuls.

Un malade se plaint d'éprouver, à un endroit précis de la mâchoire supérieure ou inférieure, siégeant sur le rebord alvéolaire, de violentes douleurs à la moindre pression. Cet endroit correspond toujours à la place occupée autrefois par une dent, dont l'extraction a été faite depuis un temps plus ou moins long.

On examine avec soin l'endroit sensible indiqué. Rien d'anormal ne se présente à la vue. Partout la muqueuse gingivale présente sur le bord alvéolaire sa couleur rosée habituelle. On palpe alors la partie sensible et immédiatement la douleur se montre. Lorsque le malade compare la sensation pénible qu'il éprouve à celle qu'occasionne une piqûre, on cherche de nouveau si on ne découvrirait pas dans le voisinage un mince trajet fistuleux qui mettrait sur la voie d'un

petit séquestre pointu se trouvant sous la gencive, et entrant comme une aiguille dans les parties molles lorsqu'on presse sur elles. Bien entendu on ne découvre rien de tout cela.

Non seulement on ne trouve pas l'ensemble du bord alvéolaire augmenté en ce point, mais on y rencontre quelquefois une certaine dépression. La crête alvéolaire est comme effondrée à cet endroit. La dépression est surtout marquée en avant sur la face vestibulaire. C'est là la trace d'une perte de substance osseuse due à une fracture du bord alvéolaire pendant l'extraction de la dent. A ce sujet, le malade donne quelquefois des détails confirmatifs. Malheureusement la dent est souvent extraite depuis si longtemps qu'il ne se rappelle plus ce qui s'est passé.

D'autres fois, vous ne constatez pas la moindre dépression au niveau de l'endroit sensible ; vous remarquez cependant une forte résorption des arcades alvéolaires : C'est un véritable effondrement général. Dans ce cas, votre malade est un vieillard, ou s'il est à un âge moyen de la vie, un rapide examen de son état général vous fait bien vite reconnaître que vous avez affaire à un diathésique. Souvent son mal est le diabète, l'ataxie locomotrice. D'autres fois c'est un arthritique ou un brightique : en un mot c'est un individu atteint d'une maladie dystrophique.

Caractères de la douleur.

Mais que la tumeur vienne faire saillie ou reste incluse dans le rebord alvéolaire, la douleur qui l'accompagne et

révèle son existence se présente toujours avec les mêmes caractères : Elle est paroxystique et revient par accès, lorsqu'on la provoque ; mais une provocation, si minime qu'elle soit, est nécessaire. Avant tout, la douleur n'est pas spontanée.

Au début, lorsque la tumeur, encore relativement protégée par une mince couche osseuse et les parties molles, est moins accessible aux excitations, il peut se présenter quelquefois des intervalles très longs, sans qu'il se produise d'accès.

Mais plus tard, lorsque le névrome, par suite de la résorption continuée des rebords alvéolaires, se trouve en quelque sorte porté à la périphérie, n'ayant plus alors pour le protéger que la muqueuse gingivale amincie, les plus petites excitations suffisent pour provoquer de violents accès : Un accès n'est pas encore complètement calmé, qu'un autre recommence.

Dans la forme légère de l'affection, la douleur est souvent minime, c'est plutôt une sensation désagréable que le malade éprouve, et qu'il compare à des tiraillements, des picotements. Elle apparaît brusquement et disparaît aussitôt ; c'est un éclair qui passe. Mais toujours les élancements ont leur point de départ dans le foyer douloureux, foyer que les malades indiquent avec la plus grande netteté ; c'est à un certain endroit du rebord alvéolaire, et pas ailleurs. A cette période de bénignité, période dont la durée peut être indéfinie, la douleur est généralement très circonscrite. Peut-être est-ce en raison de cette localisation, la douleur

dans la plupart des cas, ne dépassant pas la région sous la dépendance du point alvéolaire de Valleix, que les auteurs se sont efforcés de maintenir la distinction entre cette forme de névralgie, dite des édentés, et le tic douloureux.

Mais, les choses ne s'en tiennent pas toujours à cette forme bénigne, et l'on peut voir progressivement les accès augmenter de fréquence, d'intensité et de durée.

Enfin, la moindre cause les provoque, comme l'action de parler, de mâcher, de boire chaud ou froid, le plus petit choc, le plus léger attouchement ; voir même le frôlement de la langue sur la tumeur. Chose curieuse, une pression forte, mais amenée progressivement, est souvent sans effet. Autrefois les accès paraissaient et disparaissaient comme l'éclair ; maintenant ils ont une durée appréciable de quelques minutes ; quelquefois même ils s'installent pendant une ou plusieurs heures, continuellement entretenus par de nouvelles excitations.

La douleur revêt alors des formes si variées que le langage est presque impuissant à la dépeindre. Vive, lancinante, pongitive, tensive, elle consiste quelquefois en une sensation de torsion, d'arrachement, de brûlure, de dilacération ou de perforation ; c'est un trait de feu qui traverse, une effroyable commotion qui brise. C'est une douleur tellement aiguë, cruelle, que les malades se roulent par terre, se frappent la tête, poussent des cris déchirants, ou bien restent immobiles sans proférer une parole, sans exécuter le moindre mouvement.

Si la lésion siège sur le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, la douleur peut exister dans l'intérieur de la bouche, à la partie interne de la joue, déterminant souvent des mouvements convulsifs dans les muscles de la face, un ptyalisme plus ou moins abondant (point alvéolaire de Valleix). D'autres fois, elle envahit toute la région malaire et pré-auriculaire (point malaire.)

Si c'est le maxillaire inférieur qui est atteint, la douleur s'irradiera de préférence vers la région temporale (point temporal), la région pré-auriculaire et même la langue (point lingual). Ces foyers, sans être absolus, ont un siège trop semblable chez presque tous les malades, ils se retrouvent avec une trop grande fréquence pour que du rang de symptôme on puisse les considérer comme une complication accidentelle.

Finalement, il est tout naturel qu'un organisme qui a à supporter de pareilles douleurs finisse par s'affaiblir : la santé générale s'altère ; l'appétit, le sommeil se perdent, les digestions sont imparfaites ; les extrémités se refroidissent, le moral se déprime ; si bien que « le malade accablé de tristesse ne désire plus que la mort ». (Gross. Obs. 8 de noire thèse.)

DIAGNOSTIC

Même lorsqu'on ne rencontrera sur l'arcade alvéolaire qu'un simple foyer douloureux, si l'on veut faire attention que cette douleur ne naît que dans des conditions spéciales, avec une forme bien caractéristique, il sera facile de faire le diagnostic.

Mais si, au lieu d'avoir comme point de départ un simple foyer douloureux, nous avons une tumeur, alors le diagnostic s'impose.

Avec quoi, en effet, serait-il possible de confondre une pareille tumeur, accompagnée de douleurs si caractéristiques?

Ce ne pourrait être avec un ostéome, un enchondrome, tumeurs très dures et indolores.

Serait-ce avec un fibrome? Nous reconnaissons que l'aspect d'un fibrome pédiculé ou épulis fibreuse ressemble en tous points à celui de notre tumeur : A savoir : tumeur dure, blanchâtre, pâle, à surface lisse, recouverte d'une muqueuse saine.

Mais là aussi, les douleurs font défaut, sauf dans le cas exceptionnel où la tumeur exerce une compression sur un des nerfs de la région. (Tomes, Bouchet, Liégeois).

On la confondra encore bien moins avec l'épulis sarcomateuse, surtout avec celle à myélopaxes, type d'Eugène Nélaton; la consistance molle de cette tumeur, sa couleur foncée ne permettant pas un instant d'hésitation.

Il est vrai que l'épulis sarcomateuse n'a pas toujours cette couleur ni cette consistance. Quelquefois lorsque les éléments embryonnaires, arrondis ou fusiformes prédominent, la tumeur prend une consistance plus ferme, et sa couleur devient blanchâtre.

Mais, que par leur aspect, elles se rapprochent plus ou moins de notre tumeur, toutes ces épulis, ainsi que les autres néoplasmes étudiés plus haut, sont indolores, et c'est pourquoi il nous semble qu'il ne peut pas y avoir de confusion possible.

PRONOSTIC

Nous serons bref sur le pronostic : il nous semble qu'il découle tout naturellement de l'ensemble des faits exposés dans les chapitres précédents.

Malgré les terribles souffrances que les névromes des maxillaires sont capables de faire endurer au malade, il est évident que le pronostic est bénin. Toutefois, il est important, dans l'intérêt du malade, de savoir reconnaître rapidement la lésion et d'y remédier. Nous avons vu, en effet, que si, le plus souvent, l'affection semble rester stationnaire, il n'en est cependant pas toujours ainsi, et que, d'autres fois, elle ne demande qu'à s'aggraver.

On devra donc intervenir, avant que le malade, miné, à la longue, par ses souffrances, ait eu le temps de s'épuiser, maigrir et perdre ses forces.

TRAITEMENT

Nous sortirions de notre sujet si nous voulions examiner tous les traitements médicaux et chirurgicaux des névralgies spasmodiques de la face : ces traitements sont essentiellement variables avec la cause qui engendre la névralgie.

Or, si nous pensons avoir démontré que les névromes des maxillaires, consécutifs à l'extraction des dents vivantes, sont une des causes les plus fréquentes de cette affection, nous savons aussi que cette cause est loin d'être la seule.

C'est ainsi que certaines causes réflexes reconnaissent une origine fort éloignée du siège de l'affection : comme dans le cas de Cerise, où il s'agit d'une névralgie faciale sympathique d'une tumeur fibreuse de la matrice, guérie après deux ans de durée par l'extirpation de la tumeur.

C'est pourquoi, dans ce chapitre, nous nous bornerons à envisager les traitements qui peuvent s'appliquer aux névralgies spasmodiques de la face, occasionnées par des névromes siégeant au rebord alvéolaire des maxillaires.

Ces traitements sont de deux sortes : médicaux et chirurgicaux.

1° Des différents traitements médicaux.

Nous ne croyons pas devoir passer sous silence, malgré leur insuffisance notoire, les nombreux traitements médicaux qui ont été employés. Mais nous nous contenterons d'en faire un simple énoncé.

Maintenant que nous connaissons la véritable nature des lésions du rebord alvéolaire, capables de déterminer la névralgie spasmodique de la cinquième paire, nous comprenons facilement pourquoi, dans ce cas, un traitement médical est voué, d'avance, à l'impuissance. Il est facile de comprendre qu'il n'existe pas de médicament spécifique, capable de transformer un névrome douloureux en un tissu indolore. Il suffit d'énoncer la chose pour en faire ressortir toute l'absurdité. Aussi voyons-nous toutes les substances imaginables mises à contribution mais sans succès :

La belladone a ses partisans avec Henry, Claret, Deleau. Le datura stramonium est défendu par de Kirkhoff, Foff, Wendstadt, Gery, Forget.

Campagno prétend obtenir des succès avec le colchique; Ouvrard vante l'oxyde de plomb; Libra, l'antimoine; Broussonet, la vératrine; Rœlantz, la noix vomique; Landry, l'aconit; Peter, le bromure de potassium. Trousseau et Bonnet-essayent des applications sur la joue de compresses imbibées d'une solution de cyanure de potassium; Bouillaud et Revilliod font des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine; Debove préconise la réfrigération au

chlorure de méthyle; j'en passe et je termine cette nomenclature déjà trop longue.

2° Des différents traitements chirurgicaux.

Deux traitements sont en présence :

A. La section des nerfs maxillaires supérieurs et inférieurs, en différents points de leur trajet ;

B. La résection du rebord alvéolaire contenant le ou les névromes.

A. Section des nerfs maxillaires. — Lorsque le chirurgien reconnaît que la névralgie spasmodique a son point de départ dans une lésion des nerfs maxillaires, il n'est pas fatalement obligatoire que cette lésion siège au rebord alvéolaire. Elle peut parfaitement exister en un autre point de leur trajet. C'est à ce cas seulement que l'on doit réserver, faute de mieux, la section des nerfs, en un point intermédiaire entre le siège présumé de la lésion et le centre.

Ce n'est pas sans raisons, que nous considérons ce traitement comme un pis aller. On est bien obligé de reconnaître que, fréquemment, par ce moyen, on ne procure au malade qu'un soulagement de courte durée. Au bout de quelques semaines, de quelques mois, les douleurs réapparaissent, par suite de la suppléance de la branche principale réséquée, progressivement établie par les anastomoses nerveuses collatérales.

Aussi serons-nous bref sur ce genre de traitement, nous

contentant de signaler les points d'élection où les chirurgiens sont allés trouver le nerf.

S'agit-il du nerf dentaire inférieur ? Sa section peut être faite en un point quelconque de son trajet.

Dans la description des procédés employés, on fait la division suivante :

I. Section du nerf mentonnier à sa sortie du trou mentonnier ;

II. Section du nerf dentaire dans le canal ;

III. Section du nerf dentaire avant son entrée dans le canal.

Nous renvoyons, du reste, à ce sujet, aux travaux de Warren, Voisard, Ricoux, Beau, Sédillot, Horsley, Dubreuil, Quénu, Panas, Michel (de Nancy), Valette et Letiévant, Wormald, Michel (de Strasbourg).

S'agit-il du nerf maxillaire supérieur : différents endroits sont indiqués pour sa section.

Soit qu'on l'attaque dans le canal sous-orbitaire ainsi que l'ont fait Rose, Tillaux, Terrillon, Carnochan et beaucoup d'autres.

Soit qu'on y accède par le sinus maxillaire comme l'ont pratiqué Linhart (de Wurtzbourg) et Letiévant.

Soit enfin qu'on la recherche dans la fosse ptérygo-maxillaire à l'exemple de Lossen-Braun, Rose et Paul Segond.

Mentionnons encore les tentatives d'ablation du ganglion de Gasser pratiquées par Horsley, Février (de Nancy), P. Segond, Pack, Doyen, Rose.

B. Résection du rebord alvéolaire. — Mais, d'une façon générale, le meilleur traitement, le seul qui s'impose, c'est celui qui a pour but de détruire la cause du mal, à son origine même : Un fragment de porcelaine enfoncé dans la joue occasionne des douleurs ; au lieu de chercher à insensibiliser la plaie en sectionnant le nerf correspondant, au-dessus de l'endroit sensible, Jeffreys enlève tout simplement le morceau de porcelaine, et son malade est guéri du coup.

Mais, si au lieu d'un corps étranger quelconque il s'agit d'un névrome siégeant à un endroit déterminé, facile à circonscrire, le bon sens suffit pour affirmer qu'en supprimant ce névrome, on supprimera la douleur. Supprimons la cause, nous supprimons l'effet.

Aussi, toutes les fois que le chirurgien pourra reconnaître que les névralgies spasmodiques du trijumeau sont provoquées par des névromes ayant pour siège précis, facile à délimiter, le rebord alvéolaire, sa conduite est toute tracée.

Gross, Denucé, Duplay, Jarre et Josias lui ont indiqué la marche à suivre : il doit réséquer le bord alvéolaire douloureux. Cette résection a de plus l'avantage d'être une opération bénigne, ne présentant aucun danger. Elle n'est pas, non plus, d'une exécution bien difficile. Tous les chirurgiens s'y sont pris à peu près de la même façon.

Voici le procédé du docteur Jarre :

« Il comprend trois temps :

Premier temps. — Excision de la muqueuse et du périoste recouvrant la partie du bord alvéolaire à réséquer.

Deuxième temps. — Résection de la partie dénudée du bord alvéolaire.

Troisième temps. — Rugination de la plaie osseuse.

Premier temps. — *Excision de la muqueuse et du périoste recouvrant la partie du bord alvéolaire à réséquer.*

Après avoir fait un lavage antiseptique complet de la cavité buccale et anesthésié la région à opérer par une injection de chlorhydrate de cocaïne au cinquantième, on pratique, avec le bistouri, ou mieux avec le galvanocautère, sur la partie de la crête libre du bord alvéolaire correspondant à la région cicatricielle que l'on se propose d'enlever, une incision longitudinale, profonde, comprenant à la fois la muqueuse et le périoste et s'étendant sur une longueur de deux centimètres environ. Une seconde incision pénétrant également jusqu'à l'os, parallèle à la précédente, mais d'une longueur moitié moindre, est tracée au fond du vestibule à la partie correspondant au sommet de l'alvéole malade. Enfin les deux extrémités de ces incisions sont reliées entre elles par deux nouvelles incisions obliquement dirigées de haut en bas sur la partie vestibulaire de l'arcade alvéolaire; par le fait de la réunion de leurs extrémités, ces quatre incisions isolent un trapèze de muqueuse et de périoste que l'on enlève par la dissection, de façon à mettre à nu la paroi osseuse vestibulaire de l'alvéole à réséquer.

La même opération est pratiquée du côté opposé de

l'arcade. Les extrémités d'une incision horizontale tracée sur la face linguale de l'arcade à un niveau correspondant au sommet de l'alvéole, sont reliées par deux incisions obliques aux extrémités de l'incision de la crête du bord libre qui a déjà servi pour le côté vestibulaire ; le nouveau trapèze de muqueuse et de périoste ainsi obtenu est enlevé comme précédemment.

La partie d'os, mise à nu présente alors la forme d'un hexagone dont une moitié est située sur la face vestibulaire et l'autre moitié sur la face linguale de l'arcade alvéolaire. C'est cette partie d'os dénudé qu'il s'agit de réséquer.

*Deuxième temps. — Résection de la partie dénudée
du bord alvéolaire.*

Au moyen d'une scie circulaire, mue par le tour à pédale, on pratique du bord libre vers la profondeur de l'arcade alvéolaire deux sections obliques longeant la plaie des parties molles. Ces deux sections se dirigent en convergeant vers le sommet de l'alvéole, qu'elles séparent, de chaque côté, du tissu osseux voisin ; on délimite de la sorte un coin osseux dont le sommet tronqué reste seul adhérent au maxillaire. C'est la pince de Liston qui sera chargée de le détacher. Celle-ci doit saisir et sectionner le plus loin possible, dans la direction du sommet de l'alvéole, le tissu osseux, de façon à comprendre dans la section toute la partie cicatricielle.

Troisième temps. — Rugination de la plaie osseuse.

Lorsque toute la portion osseuse cicatricielle a été enlevée, on rugine la plaie osseuse de manière à faire disparaître les rugosités qui la recouvrent et les esquilles osseuses plus ou moins détachées produites par la section avec la pince de Liston. Cette opération est pratiquée au moyen d'une forte fraise, du volume d'un gros pois, actionnée par le tour à pédale et que l'on promène à plusieurs reprises sur toute la surface osseuse opérée jusqu'à ce que le doigt explorateur la trouve parfaitement lisse et unie.

L'opération terminée, la plaie est lavée et pansée au moyen d'une boulette de ouate imbibée d'un liquide antiseptique. (Solution d'acide thymique à $\frac{1}{2500}$).

Les soins antiseptiques les plus rigoureux, lavages et pansements, sont continués jusqu'à ce que la cicatrisation de la plaie alvéolaire soit achevée.

**Description d'un appareil destiné
à fixer à demeure un pansement sur une plaie du
rebord alvéolaire.**

Mais comment faire tenir un pansement ? la chose n'est pas commode. C'est pourquoi je crois bon d'indiquer l'appareil de contention dont je me suis servi dans un cas analogue (Obs. I). C'est une calotte en caoutchouc emboîtant la surface entière du maxillaire, remontant en avant le plus haut possible sur la face vestibulaire de l'arcade alvéolaire, s'appliquant en arrière sur toute l'étendue de la voûte palatine, recouvrant les dents, s'il y en a, et venant s'y accrocher.

L'appareil peut être maintenu, s'il n'y a plus de dents, au moyen d'un système connu, dit à succion molle. Au niveau de la plaie, une chambre est creusée dans l'épaisseur du caoutchouc durci ; c'est dans cette chambre qu'on pourra placer les boulettes imbibées d'acide thymique étendu, ou mieux une petite quantité de gaze iodoformée. L'appareil ne gêne nullement le malade qui s'habitue très vite à manger dessus, avec la plus grande facilité.

Traitement de la Névralgie spasmodique d'origine alvéolaire, par le moyen d'un appareil protecteur de la lésion causale.

Un appareil en caoutchouc durci, analogue à celui décrit plus haut, muni de fausses dents, si le malade le désire, peut être employé pour protéger et isoler complètement un petit névrome douloureux du bord alvéolaire. On sait, en effet, que le caoutchouc durci est très mauvais conducteur de la chaleur. Voilà donc notre névrome protégé contre ce genre d'excitation.

D'autre part, l'appareil prothétique ne prenant pas de point d'appui sur le rebord alvéolaire au niveau de la partie douloureuse, cette partie douloureuse ne subit aucune pression du fait de l'appareil, qui la met complètement à l'abri contre toute excitation mécanique venant de l'extérieur.

Grâce à cet appareil prothétique, on peut voir, ainsi que le démontrent la plupart de nos observations personnelles, que nous avons obtenu un résultat excellent dans bien des cas.

Nous reconnaissons, il est vrai, qu'il s'agissait la plupart du temps de cas légers, quelquefois même de simples picotements.

Mais les douleurs n'étaient pas toujours aussi insigni-

fiantes, et dans un cas même, contre tout espoir, nous avons réussi à protéger un névrome faisant légèrement saillie sur le rebord alvéolaire, suffisamment pour empêcher le retour des violentes crises douloureuses que son irritation déterminait. (Obs. II.)

Encore une fois, nous n'avons pas la prétention de dire que notre système peut remplacer dans tous les cas l'opération de Gross, Denucé, Duplay, Jarre et Josias. Entre les mains de ces chirurgiens, autant d'interventions, autant de succès. C'est une cure radicale.

Mais, si l'on veut nous permettre de faire une comparaison, nous dirons que, lorsqu'il s'agit de hernies, si la cure radicale donne des résultats magnifiques, cela n'empêche pas un bon bandage de rendre bien souvent de signalés services.

Le chirurgien, se trouvant en présence d'un bord alvéolaire peu douloureux, ne jugera pas toujours la douleur suffisante pour nécessiter son intervention. Il laissera donc aller les choses. Dans certains cas, le mal restera stationnaire.

Le chirurgien aura eu raison de n'être pas intervenu à tort et à travers.

Mais, il n'en sera pas toujours ainsi, et le mal, abandonné à lui-même, pourra présenter des tendances à s'aggraver.

Grâce à un appareil prothétique bien combiné, nous n'avons pas d'exemple que le mal, pris au début, se soit aggravé, et malgré le petit nombre de nos observations, nous sommes portés à croire que, par ce moyen, on peut

éviter le plus souvent une intervention chirurgicale, qui se serait imposée au bout d'un temps plus ou moins long. D'ailleurs, il ne faut pas que le chirurgien reste désarmé, en présence de malades pusillanimes qui refusent absolument toute intervention. (Obs. II.)

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Personnelle.)

M. G..., cultivateur, 34 ans, vient me trouver le 14 février 1887, envoyé par son médecin, comme atteint d'une épulis du maxillaire supérieur gauche.

Il s'agit, en effet, d'une petite tumeur, remplissant à moitié l'espace occupé antérieurement par la première grosse molaire supérieure gauche, arrachée cinq années auparavant.

Cet homme, sans antécédents héréditaires ni personnels, dignes d'être notés, me raconte ce qui suit.

Le malade, il y a cinq ans, souffrait d'une carie de la première grosse molaire gauche supérieure. Les douleurs bien décrites par le malade, démontrent nettement que cette dent n'était nullement atteinte de périostite alvéolo-dentaire au moment de l'extraction, mais d'une simple carie paraissant avoir mis la pulpe à découvert. C'était, en effet, des accès douloureux, survenant subitement, soit à la suite d'une impression de chaud ou de froid, soit surtout lorsqu'un corps étranger, un aliment dur, par exemple, s'introduisait dans l'espace creusé par la carie. Mais il n'était nullement question de ces douleurs sourdes et continues, s'exaspérant lentement à certaines heures, la nuit par exemple. La pression sur la dent ne faisait

pas éprouver au malade la sensation de dent trop longue, et s'il évitait de manger de ce côté, c'était par crainte de voir un accès violent survenir à la suite de l'introduction d'un aliment dans l'espace carié. Un beau jour, pris d'un accès violent, il court se la faire arracher. L'opération ayant été faite avec la clef de Garangeot, ne se passa pas, comme bien on pense, sans un fort traumatisme de la table externe du maxillaire, et une perte notable de substance osseuse.

A la suite de cette extraction, le malade eut, à différentes reprises, des hémorrhagies abondantes ; mais il souffrit surtout de violentes douleurs dans tout le côté gauche de la tête, et de la région malaire et temporale, en particulier. Ces douleurs qui n'étaient que la conséquence d'une extraction mal faite, cédèrent rapidement. Pendant un certain temps, le malade put se croire franchement guéri. Toutefois, il avait perdu l'habitude de manger de ce côté, ayant remarqué que l'espace occupé autrefois par la dent était toujours demeuré sensible ; ce qu'il attribuait à une cicatrisation incomplète. Cette sensibilité, loin d'aller en diminuant, ne fit qu'augmenter, si bien que quatre ans après l'extraction, le malade commença à être pris d'accès douloureux. Ces accès augmentèrent rapidement de fréquence et d'intensité, s'irradiant à la face et en particulier affectant la région préauriculaire. Il consulta son médecin qui lui fit prendre des granules d'aconitine. Cette médication n'amena du reste aucune espèce de soulagement.

C'est alors que le malade remarqua qu'au niveau du point douloureux à la pression, avait poussé une petite masse arrondie. Il ne tarda pas à reconnaître que l'apparition d'un accès douloureux coïncidait, le plus souvent, avec une excitation même légère de cette petite tumeur.

Son médecin, consulté à ce sujet, conclut à une épulis ; mais il ne crut pas devoir y attacher autant d'importance que le malade, qui finissait par rendre cette petite tumeur responsable de tous ses maux. Aussi, ce fut plutôt pour contenter

son client, que le médecin lui conseilla de venir me trouver pour se la faire enlever.

La tumeur examinée présentait environ le volume d'un petit pois. Protégée en arrière par le bord alvéolaire interne qui avait été respecté au cours de l'extraction de la dent, et s'était peu résorbé, la tumeur était rejetée en avant, favorisée par l'effondrement produit par la perte de substance osseuse. Cette petite masse était nettement pédiculée. Toutefois le pédicule était très gros, proportionnellement au volume de la tumeur. Elle était dure avec une certaine élasticité, et sa surface était lisse. La muqueuse gingivale qui recouvrait la tumeur était absolument saine sur toute son étendue. Pas la moindre trace d'ulcération ni d'inflammation. Elle contrastait seulement par une légère pâleur, avec la muqueuse des gencives environnantes. Mais ce qui était absolument caractéristique, c'était son extrême sensibilité. Le moindre frôlement était susceptible d'amener un violent accès douloureux. Au contraire, si posant la pulpe du doigt sur la tumeur on la comprimait doucement, puis de plus en plus fort, cette petite manœuvre restait souvent indolore.

Le nom d'épulis, donné par le médecin, était évidemment exact si l'on prend ce mot dans le sens le plus large — *επι. sur ολον.* gencive. — Mais en réalité il n'indiquait que le siège de la tumeur, mais n'impliquait aucune idée sur sa nature.

L'idée d'enchondrome et d'ostéome ne pouvait venir à l'esprit que pour être immédiatement rejetée; la tumeur, quoique très ferme, n'ayant pas l'extrême dureté de ces néoplasmes.

Mais ce qu'il importait le plus de préciser dans l'intérêt du malade, c'était la nature bénigne ou maligne de la tumeur. L'aspect de la tumeur correspondait surtout à deux tumeurs connues : mais de pronostic bien différents. L'une bénigne : fibrome ; l'autre maligne : sarcome au début.

L'aspect de la tumeur se rapprochait surtout de celui d'un

fibrome : tumeur pédiculée, dure, surface lisse, sans inflammation.

Mais chacun sait que dans tous nos traités, on considère que les fibromes quels qu'ils soient : fibrome inclus, fibrome sous-périostique, épulis fibreuse ou fibrome pédiculé, sont essentiellement indolores. Toutefois, dans certains cas, agissant comme de véritables corps étrangers, ils peuvent mécaniquement provoquer des douleurs. Mais le fait est bien rare ; en tous cas, ces douleurs sont minimales.

Ma tumeur était-elle donc un sarcome ou tout au moins un fibro-sarcome : Ce n'était évidemment pas un sarcome à myéloplaxes, de la variété type d'Eug. Nélaton. Dans cette variété la tumeur présente une coloration rouge-brun qu'on a comparée soit à celle de la rate, soit à celle du poumon hépatisé, et qui permet toujours aisément de reconnaître cette forme. Sans compter que ce genre de sarcome a une consistance molle ne s'accordant pas avec celle de notre tumeur.

Mais, dans une autre variété, pauvre en myéloplaxes et riche, au contraire, en éléments embryonnaires arrondis ou fusiformes, la tumeur prend une consistance plus ferme, en même temps qu'elle perd sa coloration d'un rouge foncé pour prendre une teinte grisâtre ou blanchâtre.

Cette dernière forme de sarcome des mâchoires n'était pas sans analogie avec notre tumeur ; mais aussi que de différences ! D'abord le sarcome a bien rarement cette dureté qu'avait notre tumeur, d'autre part son développement est plus rapide. Enfin, la douleur dans le sarcome est souvent minimale, et lorsqu'elle existe, elle ne se présente pas de la même façon que dans notre tumeur. Ce sont des douleurs sourdes continues, sans exaspération, rappelant plutôt les douleurs de névrite, mais ne présentant nullement ce type spasmodique bien caractéristique.

Il fallait pourtant faire un diagnostic, et je finis par croire que j'étais en présence d'un fibrome dont le point d'implanta-

tion, profondément situé dans l'os, devait se trouver dans le voisinage du nerf maxillaire. Le fibrome, indolore par lui-même, agissait comme un corps étranger, pénétrant comme un coin dans l'épaisseur de l'os maxillaire, et venant exercer des pressions sur le nerf et lui transmettre toutes les excitations venues de l'extérieur.

Je pensai donc que le mieux à faire était de l'enlever. Par un procédé opératoire décrit plus bas, je parvins à détacher d'un bloc toute la tumeur, plus le rebord alvéolaire postérieur et une certaine épaisseur d'os maxillaire sous-jacent.

La première idée qui me vint à l'esprit lorsque je tins dans ma main ce petit bloc composé de tant de tissus différents ce fut d'en faire l'analyse. Mais n'ayant pas de microscope à ma disposition, et d'autre part peu habile en ce genre de recherches, je préfèrai adresser la tumeur à mon ami le Dr Guillaume.

Sa réponse ne laissa pas que de me causer une forte surprise. Cette tumeur était bien en grande partie composée de tissus fibreux, chose banale, mais ce qui la rendait particulièrement intéressante, c'était que dans l'épaisseur de cette gangue fibreuse on rencontrait des cylindre-axes. Leur existence était incontestable et d'autant plus facile à reconnaître que les tubes nerveux étaient complets, c'est-à-dire avec cylindre-axe, myéline et gaine de Schwann. (La description complète de cette tumeur se trouve dans notre chapitre IV.)

Voici la façon dont je procédai pour faire l'ablation de la tumeur. Je songai d'abord, pour faciliter l'opération, à enlever une dent de chaque côté. Mais le malade ne voulut rien entendre et je résolus de m'y prendre d'une autre manière. Toutefois, au lieu de faire l'opération séance tenante, je me contentai de prendre l'empreinte de la bouche, après insensibilisation préalable de l'endroit douloureux, par injection de quelques gouttes de solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquan-

tième, et je priai le malade de revenir deux jours après, accompagné d'un médecin pour m'assister.

Je mis ce laps de temps à profit pour construire un petit appareil, que je crois bon de décrire ici, d'autant plus qu'il fit partie intégrante du traitement.

Ce petit appareil avait pour but de prévenir l'hémorrhagie s'il s'en produisait, et en tous cas de maintenir, absolument immobile, le pansement qu'on jugerait à propos de faire sur la plaie. Chacun sait combien il est difficile de faire un pansement à demeure dans la bouche, et c'est pourquoi je crois utile d'indiquer mon procédé.

Ayant donc coulé du plâtre dans l'empreinte que j'avais prise du maxillaire supérieur, j'en obtins une exacte reproduction. Sur ce moulage, je construisis une sorte de calotte en caoutchouc durci, venant s'emboîter et recouvrir entièrement les dents voisines de l'alvéole occupée par la tumeur. En avant, cette calotte remontait le plus haut possible sur la face externe du maxillaire. En arrière, elle s'appliquait largement sur la voûte palatine.

L'espace occupé autrefois par la dent, actuellement le siège de la tumeur se trouvait donc transformé en une cavité close.

D'autre part je préparai un bâtonnet du mélange suivant :

Cire.	3 parties.
Paraffine	1 —

mélange remarquable par sa plasticité. Pendant que les deux substances étaient en fusion, j'y adjoignis une certaine quantité d'iodoforme, pour en assurer l'antisepsie.

Le malade revint au jour indiqué, accompagné de son médecin, et je procédai à l'opération.

Je commençai d'abord par faire une injection de chlorhydrate de cocaïne au cinquantième, afin de pouvoir procéder

ensuite, sans réveiller l'accès douloureux, à un lavage antiseptique de la bouche aussi minutieux que possible.

Le deuxième temps de l'opération fut un peu difficile. Cependant, comme il s'agissait d'une partie de l'arcade alvéolaire relativement encore facile à atteindre (1^{re} grosse molaire) et que, d'autre part, la large bouche et les joues très extensibles de mon malade facilitaient l'opération, je parvins, au moyen d'une scie circulaire, d'un diamètre d'environ 3 centimètres et demi, adaptée au tour dentaire, à comprendre la tumeur entre deux traits de scie, longeant les dents voisines; et pénétrant dans le maxillaire d'environ un centimètre au dessous du niveau d'émergence de la tumeur en avant. La largeur entre les deux traits de scie était d'environ un centimètre.

Je pris alors une forte pince coupante dont les mors, larges d'un centimètre, pouvaient se rapprocher au moyen d'une puissante vis de rappel, et, grâce à cet instrument, je détachai, d'un bloc, avec la plus grande aisance, la tumeur et une couche de l'os sous-jacent.

Comme je l'avais prévu, une assez forte hémorrhagie se déclara. Je fis alors une boulette du mélange de cire et de paraffine, je saupoudrai d'iodoforme la partie inférieure qui devait se trouver en contact immédiat avec la plaie, et je bourrai de cire tout l'espace inter-dentaire jusqu'au ras des dents voisines. Puis j'appliquai mon appareil de contention.

Le malade s'en retourna à l'hôtel où il était descendu, et je lui conseillai de garder la chambre. Je vins le visiter le lendemain et constatai que toute la région malaire, sous-orbitaire et pré-auriculaire était le siège d'une douleur diffuse assez forte, mais nullement comparable aux accès habituels. Cette douleur dura trois semaines environ, puis elle finit par disparaître pour ne plus revenir.

Des pansements antiseptiques furent continués pendant un mois, d'autant plus facilement que le malade n'était nullement

géné par son appareil de contention, sur lequel il, mangeait sans difficulté. Puis ce fut le tour des lavages antiseptiques.

Les suites de l'opération furent excellentes. Mon ancien malade, revu en 1893, c'est-à-dire six ans après l'opération, ne présentait aucune espèce de récurrence.

Les dents voisines, et en particulier la deuxième petite molaire, qui avaient été légèrement ébranlées, s'étaient rapprochées par leur sommet, comblant en partie l'espace occupé par la tumeur.

OBSERVATION II.

(Personnelle.)

Le docteur B... était âgé de 52 ans, lorsqu'au mois de décembre 1888, j'eus l'occasion d'examiner sa bouche.

Jusque vers l'âge de 45 ans, il avait joui d'une bonne santé, qui lui avait permis d'exercer, sans trop de fatigue, son dur métier de médecin de campagne.

Du matin au soir, roulant sur les routes, et souvent encore la nuit, il parvenait à force d'énergie à satisfaire sa nombreuse clientèle. Mais ce surmenage ne pouvait durer, et à un moment donné, vers 45 ans, des signes évidents de lassitude apparurent. A cet épuisement fort explicable ne tardèrent pas à se joindre différents symptômes inquiétants. Un affaiblissement rapide des fonctions génitales, des troubles visuels commencèrent la scène. Puis une soif continuelle, accompagnée d'un besoin constant d'uriner, furent pour lui des symptômes révélateurs. Il analysa ses urines. Elles contenaient du sucre, en assez faible proportion toutefois; mais l'examen décèle un fort excès de phosphates et de matières azotées.

Il s'aperçut bientôt que ses dents, qu'il avait magnifiques,

commençaient à s'ébranler. Il avait à cette époque une mâchoire admirablement pourvue. Pas une dent gâtée. Une seule manquait à l'appel. C'était la canine droite supérieure qu'il avait dû se faire enlever dans sa jeunesse parce qu'elle avait poussé de travers et qu'elle occasionnait un soulèvement de la lèvre.

L'extraction de cette dent, en pleine vitalité, lui avait laissé une impression de douleur telle qu'il s'était promis de ne plus jamais s'en faire extraire. Le pauvre homme n'en eut plus, du reste, l'occasion.

L'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, si fréquente chez les diabétiques, et sur la valeur diagnostique de laquelle Magitot et Marchal (de Calvi) ont particulièrement insisté, avait commencé son œuvre de destruction. On en connaît les diverses phases : 1° Ébranlement des dents consécutif à la résorption des cloisons alvéolaires ; 2° Déchaussement des dents, destruction du faisceau vasculo-nerveux nourricier, mort et chute des dents, résorption des arcades alvéolaires et du maxillaire en général, résorption qui peut aller jusqu'à la perforation de la voûte palatine. Chez notre malade, en même temps que la maladie dystrophique suivait son cours, les troubles alvéolo-dentaires marchaient parallèlement. En moins de cinq années, le maxillaire supérieur se trouva complètement dégarni de dents, et, pour dépeindre la facilité avec laquelle elles s'en allaient, le malade disait qu'elles tombaient en mangeant sa soupe.

Lorsque le maxillaire supérieur fut complètement dégarni, il songea à porter un appareil prothétique. Mais il ne put pas longtemps endurer l'appareil qu'il se fit construire. Au bout de six mois, lorsqu'il voulait manger avec, la pression inévitable et répétée de l'appareil, pendant la mastication, sur les rebords alvéolaires, déterminait de fortes douleurs qui paraissaient avoir pour point de départ un endroit sur le rebord alvéolaire correspondant à celui occupé autrefois par la canine supérieure droite, arrachée vers l'âge de 16 ans.

Il dut donc renoncer à porter son appareil et se résigner à ne vivre que d'aliments semi-liquides, viandes hachées, etc. Mais notre malade qui, malgré son état général déplorable, n'en continuait pas moins à exercer sa profession, vit bientôt augmenter ses souffrances. Lorsqu'il allait en voiture, et que le vent lui soufflait en pleine figure, ce maudit point douloureux qui lui avait déjà interdit de porter un appareil prothétique se faisait particulièrement sentir. Bientôt, même, la douleur, qui avait été vague jusqu'alors, commença à revêtir un caractère spasmodique inquiétant. Enfin éclatèrent des accès violents, survenant brusquement et s'irradiant dans toute la face, particulièrement à la fosse canine et à la région pré-auriculaire. Ces accès survenant particulièrement lorsqu'il se trouvait dans sa voiture, exposé à l'air, il se vit obligé, à son grand regret, de négliger sa clientèle lointaine.

Un jour, qu'il examinait sa bouche, il aperçut au niveau de la partie douloureuse, qui jusqu'alors n'avait rien présenté d'anormal, une tache blanchâtre faisant légèrement saillie.

Il crut avoir enfin découvert la cause de ses maux et pensa qu'il avait un petit séquestre enfermé sous la gencive, à moins cependant qu'il ne lui poussât une surdent.

C'est avec cette idée bizarre qu'il vint me trouver pour me demander mon avis sur ce qu'il fallait faire.

En examinant attentivement ce petit point blanchâtre de la largeur environ d'un grain de millet, il était facile de reconnaître, à une certaine élasticité qu'il ne s'agissait pas d'une dent, et je pensai à un fibro-névrome qui jusqu'alors inclus dans l'épaisseur du maxillaire avait été mis à nu par la rapide résorption de l'os sous l'influence de la diathèse dystrophique dont était atteinte le malade.

La seule intervention qui me parut capable de donner un bon résultat, c'était l'ablation pure et simple du rebord alvéolaire, et je la proposai au malade.

Mais, pusillanime à l'excès, il ne voulut jamais s'y sou-

mettre, préférant mille fois garder ses douleurs. J'eus beau lui expliquer qu'il s'agissait là d'une opération insignifiante, qu'il serait même inutile de l'endormir, car l'anesthésie locale serait parfaitement suffisante dans ce cas. Rien ne put changer la résolution du malade.

C'est alors que je lui proposai, sans grand espoir de succès, de lui construire un appareil protecteur qui, en abritant la petite tumeur contre le chaud, le froid, les pressions et excitations de toutes sortes venant directement de l'extérieur, empêcherait ou tout au moins diminuerait la fréquence et l'intensité de ses accès douloureux.

Le malade y consentit de grand cœur. Mais c'était sans conviction que je me mettais à l'œuvre, bien persuadé qu'au point avancé où en étaient les choses, une opération radicale pouvait seule donner un bon résultat.

Cependant, devant l'obstination du malade et comme, après tout, mon appareil ne risquait que d'être inutile mais nullement nuisible, *primum non nocere*, disaient nos pères, je construisis l'appareil de protection dont voici la description rapide :

Je pris l'empreinte du maxillaire, et avec cette empreinte je reproduisis, en plâtre, le maxillaire.

Sur ce moulage, je commençai par disposer une petite masse de cire, à l'endroit où l'on distinguait nettement la légère saillie formée par la petite tumeur. Cette petite masse de cire avait pour but de surélever en cet endroit cette partie du moulage, de façon à former une concavité dans l'appareil en caoutchouc durci, construit dessus. J'avais choisi le caoutchouc durci, et non pas l'or, par exemple, parce que le caoutchouc est, comme on sait, une substance très mauvaise conductrice de la chaleur.

Il est facile de comprendre que la concavité formée dans l'épaisseur de l'appareil avait pour but d'enfermer et d'isoler complètement la partie sensible du maxillaire.

Pour plus de précautions et pour atténuer tout frottement pos-

sible, je doublai les parois de cette petite chambre d'un caoutchouc ne durcissant pas à la cuisson et conservant toute sa souplesse.

Mon appareil terminé présentait l'aspect d'une large calotte en caoutchouc, emboîtant complètement en avant ce qui restait de rebord alvéolaire et s'appliquant en arrière sur toute l'étendue de la voûte palatine. Mon appareil adhérait au moyen d'un système, dit à succion molle, placé au milieu du palais.

Je dus fréquemment recommencer cet appareil, qui avait besoin pour bien fonctionner, d'un ajustage parfait. Tous les six mois, la résorption rapide des rebords alvéolaires continuant, l'appareil devenait trop large. J'eus donc à examiner souvent cette petite tumeur, et je pus en suivre attentivement la marche. En même temps que les rebords alvéolaires se résorbaient, elle devenait plus saillante. Elle avait fini par prendre l'aspect d'un petit bâtonnet renflé à ses deux extrémités et à cheval sur le rebord alvéolaire. L'impresion qui se dégageait de ces examens successifs, c'est que ce n'était pas à proprement parler la tumeur qui augmentait de volume, mais bien la substance osseuse qui, subissant un mouvement de retrait, laissait derrière elle une masse fibro-nerveuse qui ne voulait pas se résorber, et qu'elle avait abrité jusqu'à ce moment pendant de longues années.

Quant au résultat, il avait dépassé tout attente. Les accès s'étaient faits de plus en plus rares, et avaient même fini par cesser complètement. Le docteur ne voulait plus se séparer de son appareil, même en dormant. Il reprit l'exercice de sa profession jusqu'en 1894, où, sa maladie continuant son cours, il mourut dans un état de cachexie avancée.

Un dernier fait à noter, c'est que dans les derniers temps la petite tumeur avait fini par devenir presque insensible au toucher. Ce qui fait supposer que grâce à l'isolement produit par l'appareil les éléments nerveux qu'elle contenait avaient en

grande partie disparu par sclérose. En un mot, ce fibro-névrome paraissait avoir subi une complète dégénérescence fibreuse et s'être transformé en un fibrome pur.

OBSERVATION III

(Personnelle).

Madame T..., 65 ans. — Bons antécédents héréditaires. Etat général satisfaisant.

A 21 ans, s'est fait enlever la deuxième petite molaire supérieure droite atteinte de carie légère, déterminant des rages de dents (dent vivante).

Mariée à 23 ans, elle a eu 7 grossesses en un espace de temps relativement restreint (11 ans). L'état général de Madame T... s'est senti de ces grossesses consécutives : la bouche (dents, gencives, rebords alvéolaires) en a été particulièrement éprouvée. Les gencives se sont enflammées (gingivite des femmes enceintes); les dents se sont ébranlées, malgré tous les traitements locaux employés.

Finalement, Madame T... a dû se résoudre à se faire enlever successivement un certain nombre de dents qui provoquaient des abcès; elles ne tenaient du reste plus guère au moment de l'extraction (dents mortes) et au dire de la malade, l'extraction de ces dents a été beaucoup plus facile et infiniment moins douloureuse que celle de la deuxième petite molaire supérieure droite arrachée avant son mariage.

Entre 35 et 40 ans, elle a commencé à s'apercevoir qu'au niveau de la première dent arrachée, il existait sur le rebord alvéolaire, un point douloureux à la pression.

Au mois de juin 1886, mangeant difficilement, par suite des dents absentes et du mauvais état de celles qui restaient,

Madame T... vint me trouver pour me charger de lui construire un appareil prothétique.

En prenant l'empreinte de la mâchoire supérieure avec une pâte chaude, je déterminai un violent accès douloureux avec irradiations vers la fosse canine, et la région malaire et préauriculaire droites. C'est à l'occasion de cet accès que je me livrai à un examen attentif de la bouche, et que je connus les détails qui précèdent.

La construction de l'appareil ne se fit pas sans difficultés; les pressions répétées et continues de l'appareil sur le foyer sensible déterminant des douleurs insupportables.

C'est alors que j'eus l'idée de creuser sous l'appareil, dans l'épaisseur du caoutchouc soutenant les fausses dents, une petite chambre, isolant le point douloureux du rebord alvéolaire.

L'appareil, ainsi modifié, fut parfaitement supporté. Au lieu d'exciter le foyer douloureux comme il faisait auparavant, il réussit à le protéger contre toutes causes d'irritations venant de l'extérieur. En particulier, Madame T..., qui depuis plusieurs années s'était vue obligée de se priver de boire frais, ou de manger de la soupe chaude, put, à son grand plaisir, boire et manger comme tout le monde. 7

OBSERVATION IV.

(Personnelle.)

M. de C..., 74 ans, ancien commandant de cuirassiers, a joui pendant de longues années d'une robuste santé. Actuellement, malgré son âge, son état général serait encore assez bon s'il n'était tourmenté continuellement par les rhumatismes.

Au début de sa carrière militaire, il fut victime d'un acci-

dent, comme l'atteste une large cicatrice à la joue droite : un coup de pied de cheval lui fit sauter trois dents (la deuxième petite molaire, et la première et deuxième grosses molaires inférieures droites), et lui broya du même coup toute la partie correspondante du rebord alvéolaire.

Malgré l'importance de la plaie, la cicatrisation se fit assez rapidement ; mais ce côté de la mâchoire inférieure demeura toujours sensible à la pression.

Les douleurs, en somme minimales, demeurèrent pendant longtemps sans augmenter d'intensité. C'était plutôt une sensation désagréable, de simples picotements, réveillés à propos d'une excitation quelconque.

Il évitait avec soin, comme bien on pense, de manger de ce côté, mais à part ce désagrément, il ne se trouvait pas autrement incommodé par sa lésion.

Plus tard, lorsque les rhumatismes se montrèrent, particulièrement à l'automne et au printemps, ou sous l'influence d'une alternative brusque de température, d'un changement de temps, la partie lésée du maxillaire devint encore plus sensible aux moindres excitations ; les douleurs sans être jamais excessives augmentaient notablement d'intensité.

Mon commandant avait, comme il disait, son baromètre dans sa bouche.

A 60 ans, soit par suite de vieillesse commençante, soit par suite de son état de rhumatisant, peut être même les deux causes se combinant, il commença à perdre ses dents.

A 74 ans, il venait me trouver pour se faire enlever les trois dernières qui très ébranlées, loin de lui rendre le moindre service, ne faisaient que de le gêner.

Je dois avouer que toutes mes tentatives pour lui faire supporter un ratelier, furent vaines. L'espace sensible était vraiment par trop considérable. Si bien qu'on se trouvait placé entre ces deux alternatives : ou bien faire un dentier s'adaptant exactement sur le maxillaire inférieur et dans ce cas, la

pression continuelle de l'appareil amenait bientôt des douleurs insupportables ; ou bien évider le dessous de l'appareil de façon à l'empêcher de prendre un point d'appui sur la partie sensible, c'est-à-dire sur presque tout le côté droit du maxillaire inférieur. Mais alors l'appareil n'aurait plus aucune espèce de fixité, et ne pourrait rendre aucun service, surtout pour manger.

Tout bien considéré ; mon commandant mangeait assez bien sur ce qui lui restait de rebord alvéolaire indolore ; de plus, les douleurs occasionnées par l'excitation de l'endroit sensible, étant en somme peu importantes, et même à de certains moments, insignifiantes ; étant donné, d'autre part, l'âge avancé du malade, je pensai qu'une opération n'était nullement indiquée, et que puisqu'un appareil prothétique ne pouvait pas être supporté, le plus simple était de ne rien faire, me conformant ainsi à la vieille maxime : *Primum non nocere*!

OBSERVATION V.

(Personnelle.)

M. J..., 47 ans, ataxique avéré. Charcot consulté par lui, il y a 4 ans, lui a ordonné les eaux de la Malou. Depuis ce temps, il y va régulièrement chaque été, faire une saison. Il est certain que le malade s'est bien trouvé de ce traitement, et son état général s'est sensiblement amélioré.

Mais l'état de sa bouche laisse bien à désirer ; dents, gencives et rebords alvéolaires vont de mal en pis. La périostite alvéolo-dentaire y règne en maîtresse absolue. Tous les traitements locaux employés, même les plus énergiques : attouchements avec une solution saturée de chlorure de zinc, d'acide

chromique, pointes de feu avec le galvano-cautère : rien n'y a fait.

En quelques années, le maxillaire supérieur a été presque complètement dégarni. Au maxillaire inférieur les dents ont un peu mieux résisté, mais il est évident qu'elles ne tarderont pas à tomber.

Les rebords alvéolaires du maxillaire supérieur sont déjà fortement résorbés.

Le malade a perdu quelques dents, dans sa jeunesse, du fait de la carie. Malheureusement il ne peut pas préciser le genre de douleurs qu'il éprouvait, et qui en ont nécessité l'extraction. Étaient-ce des rages de dents survenant brusquement à la suite d'un corps étranger arrivant en contact avec la pulpe ? (dents vivantes), ou bien des douleurs sourdes, lancinantes, continues, spontanées (dents mortes agissant absolument comme un corps étranger introduit dans l'alvéole et y déterminant un abcès) ? Quoiqu'il en soit, au fur et à mesure que le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur s'affaisse, le malade s'aperçoit qu'un certain endroit de ce rebord alvéolaire correspondant à une dent arrachée autrefois, la deuxième grosse molaire gauche, devient de plus en plus douloureux à la pression. Et il vient me trouver, pensant que sous la gencive il reste quelque bout de racine à extraire.

Après lui avoir indiqué la véritable cause de sa douleur, je l'engage à se faire construire une pièce dentaire qui sera en même temps, pour cet endroit sensible, un appareil protecteur.

Le malade qui attendait la chute complète de ses dents pour se faire construire un appareil, accepte volontiers. Toutefois, j'ai soin de le prévenir que, sa bouche étant dans une période de changements incessants, le fonctionnement parfait de l'appareil sera de courte durée.

Pendant dix mois les résultats sont excellents. Mais au bout de ce temps, l'appareil n'étant plus suffisamment ajusté par

suite du retrait des rebords alvéolaires et de la chute d'une canine qui avait jusque-là résisté, le malade, comme je l'en avais prévenu, est obligé de se faire construire un autre appareil.

OBSERVATION VI.

(D^r Gross. *American Journal*, juillet 1870, et *Revue générale de médecine*, 1870, t. XVI, p. 542.)

M. D. H..., âgé de 64 ans, après avoir perdu toutes ses dents supérieures il y a 18 ans, et porté pendant 15 ans un ratelier sans en éprouver de malaise, fut pris il y a 3 ans d'une douleur aiguë, lancinante dans la partie alvéolaire gauche de la mâchoire supérieure.

Cette douleur était limitée à la partie postérieure en dehors du 2^e alvéole bicuspide. Le malade était atteint d'accès douloureux durant de une à cinq minutes, ramenés le plus souvent par des mouvements de la parole, et même de la déglutition. Ces douleurs après avoir persisté pendant huit à dix jours, cessaient pendant un temps égal, mais il restait toujours une sensation désagréable, une douleur sourde que le contact de la main n'augmentait pas et qui ne présentait aucun caractère inflammatoire. La fréquence et la violence des accès cédaient un peu à de fortes doses de quinquina.

Le 16 septembre 1867. — Je fis une incision le long des alvéoles jusqu'à la seconde bicuspide ; après avoir jeté de côté et d'autres les parties molles avec le périoste, j'enlevai avec la pince incisive et la gouge l'os malade et l'apophyse palatine.

Ni l'os, ni les parties molles ne présentaient aucune trace d'altération. M... H. m'appela 6 mois après l'opération dont il était complètement guéri. La douleur avait disparu, et la santé s'était rétablie.

OBSERVATION VII.

(Dr Gross. *American Journal*, juillet 1870, et *Revue générale de médecine*, 1870, t. XVI, page 542.)

Une veuve âgée de 33 ans, est atteinte de névralgie à la mâchoire inférieure gauche depuis 3 ans. La partie douloureuse répond aux deux petites et à la première grosse molaire qui avaient été extraites par suite de carie quelques années auparavant.

Les douleurs s'exaspéraient par la mastication, la parole, l'état humide de l'atmosphère, les époques mensuelles. L'état général était bon, mais la malade avait le tempérament nerveux et perdit l'appétit. La gencive qui recouvrait les alvéoles vides était souvent douloureuse au toucher. La pression y provoquait un accès de névralgie. Après avoir usé vainement de bien des médicaments, on fit l'opération avec un plein succès.

OBSERVATION VIII.

(Eodem loco).

Une dame de plus de 80 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, excepté quelques accès d'asthme, fut atteinte d'une névralgie de la mâchoire supérieure droite, à l'endroit des

trois grosses molaires qui avaient été extraites quinze ans auparavant.

La douleur, d'abord sourde devint aiguë, le sommeil troublé, la santé altérée au point que la malade assez gaie auparavant fut accablée de tristesse et désira la mort.

L'excision de la partie alvéolaire douloureuse fut d'abord suivie d'hémorrhagie et amena la guérison.

OBSERVATION IX.

Extrait des *Archives générales de Médecine*, 1884, t. XIV, p. 542. —
Communiquée par M. le professeur Duplay.

Le nommé H. P..., âgé de 33 ans, exerçant la profession de tailleur, est entré dans mon service, à Lariboisière, le 14 janvier 1884. Il m'était adressé par mon excellent collègue et ami le docteur Siredey, qui avait épuisé chez lui toutes les ressources de la thérapeutique médicale, sans même parvenir à le soulager.

Cet homme, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents héréditaires, exempt de toute diathèse, souffre depuis quatre ans de douleurs névralgiques extrêmement intenses, ayant pour siège le côté droit du maxillaire inférieur.

L'origine de cette névralgie semble manifestement se rattacher à quelque lésion dentaire, mais malheureusement le malade n'est pas en mesure de nous fournir à cet égard des renseignements suffisamment précis. Il ignore, en particulier, s'il a eu ses dents de sagesse ; toujours est-il que nous constatons que, du côté gauche, la dent de sagesse manque à la mâchoire inférieure. Le malade ne peut nous dire si elle a été arrachée ; il se souvient seulement qu'il y a douze ans on a dû lui extraire plusieurs molaires de la mâchoire supérieure, du

côté gauche, parce qu'elles étaient gâtées. Peut-être à cette époque a-t-on aussi arraché la dent de sagesse inférieure.

Il y a sept ou huit ans, le malade se fit extraire la deuxième grosse molaire droite inférieure, qui était cariée, et c'est trois ou quatre ans après cette avulsion qu'il commença à ressentir du même côté, et au niveau de l'alvéole correspondant à la dent arrachée, des douleurs à forme névralgique, qui augmentèrent rapidement d'intensité, et qui n'ont pas cessé depuis lors. On attribua ces douleurs à la carie dentaire, et le malade se fit successivement arracher toutes les dents du côté droit. C'est ainsi que la première grosse molaire inférieure droite fut extraite, il y a deux ans ; puis, il y a un an, cinq ou six dents de la mâchoire supérieure, et, enfin, il y a deux mois, plusieurs dents de la mâchoire inférieure furent arrachées ; toutes ces dents étaient saines et leur avulsion n'amena aucune modification ni dans l'intensité, ni dans la nature des douleurs névralgiques.

Ces douleurs reviennent sous forme d'accès, qui, d'abord plus ou moins rapprochés, ont fini, depuis plus de deux mois, par devenir presque continus, se renouvelant à tous moments, principalement dès que le malade ouvre la bouche ou lorsqu'il veut parler. Il existe, en outre, une douleur continue, très vive, sur un point de la gencive correspondant à la place que devraient occuper la première et la deuxième grosse dent molaire inférieure droite.

A notre examen, nous constatons que cette région de la gencive, d'ailleurs absolument saine, est douloureuse au toucher, et il suffit d'une légère pression à ce niveau pour déterminer une crise. Celle-ci est également produite par le moindre mouvement d'abaissement de la mâchoire, par les tentatives de mastication. La chaleur et le froid n'ont aucune action sur le développement des crises névralgiques.

Celles-ci sont caractérisées principalement par une douleur extrêmement aiguë, ayant son point de départ et son maximum

d'intensité dans le rebord alvéolaire déjà signalé (première et deuxième grosse molaire inférieure droite) et irradiant vers la région sous-orbitaire et la joue du même côté, mais sans localisation très-précise, sur les branches du trijumeau.

En même temps que la douleur, il se produit au moment de la crise, une contraction spasmodique des muscles du côté droit de la face, comprenant le buccinateur, les élévateurs de la lèvre supérieure et même l'orbiculaire des paupières.

Pendant la crise, l'œil droit s'injecte légèrement et devient larmoyant.

Les sensibilités générales et spéciales sont absolument intactes ; il n'existe aucun trouble trophique du côté correspondant de la face.

Notons en terminant que, lorsque le malade marche, il éprouve à chaque pas un retentissement douloureux dans le côté droit de la mâchoire.

La santé générale est fortement atteinte, car en raison de l'intensité de ces crises douloureuses qui, depuis deux mois, se reproduisent incessamment au moindre mouvement de la mâchoire, le malade est presque entièrement privé de sommeil, et ne peut qu'à grand'peine ingurgiter quelques aliments liquides, parfois même il reste des journées entières sans prendre la moindre nourriture. Aussi est-il pâle, amaigri, sans force. Son moral est profondément affecté.

Pendant environ deux mois, il a été soigné par M. Siredey, qui a essayé tous les médicaments les plus énergiques en usage contre les névralgies. Quelques-uns de ces remèdes produisait parfois une légère amélioration, puis au bout de quelques jours, les choses revenaient au même point et les crises reparaissaient plus fréquentes et plus aiguës que jamais. C'est alors que M. Siredey, à bout de ressources, m'adressa le malade.

Je constatai d'abord qu'il ne s'agissait pas d'une névralgie trifaciale ordinaire, ni même d'une névralgie du nerf dentaire

inférieur. La localisation de la douleur en une région limitée du bord alvéolaire de la mâchoire me fit penser qu'il existait une lésion quelconque, soit du tissu osseux, soit des branches alvéolaires du nerf dentaire inférieur, et, me rappelant les faits analogues rapportés par Gross, dans le mémoire que j'ai cité précédemment, et dans lesquels ce chirurgien avait guéri ses malades en leur réséquant une portion du bord alvéolaire de la mâchoire, je résolus de tenter ce moyen.

Le malade accepta avec enthousiasme et, le 12 février, je procédai à l'opération. Je me proposais d'enlever aussi régulièrement que possible une portion du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, comprenant les alvéoles de la première et de la deuxième grosse molaire droites, afin de pouvoir examiner avec le plus grand soin l'état de l'os et des branches du nerf dentaire inférieur; malheureusement je ne pus exécuter l'opération comme l'avais projeté, les instruments, et en particulier les pinces coupantes, que l'on me présenta étant inapplicables.

Voici comment je procédai :

Le malade étant endormi, je pratiquai une incision sur la gencive, dans le point correspondant aux alvéoles des première et deuxième grosses molaires droites; puis, après avoir décollé cette gencive en dehors et en dedans, sur toute la hauteur du bord alvéolaire, je me servis de l'ostéotome de Mac Even pour réséquer cette portion alvéolaire qui représentait un fragment d'environ deux centimètres carrés. Mais, ainsi que je l'ai dit, je ne pus malheureusement détacher régulièrement cette portion d'os, qui fut fragmentée et extraite par morceaux. Sauf cela, l'opération fut, d'ailleurs, assez facile et, en somme, le but que je me proposais était atteint.

Le lendemain, le malade souffrait d'une douleur continue, mais très supportable, au niveau du point réséqué; il remarqua que cette douleur était toute différente de celle qu'il éprouvait auparavant. Il n'y a pas de crise. Pouls et température à l'état normal (gargarisme avec l'eau chloralée).

Le surlendemain de l'opération, le malade éprouva quelques crises douloureuses analogues à celles qu'il ressentait, mais moins fréquentes et moins intenses, et sans contractions spasmodiques des muscles de la face. Ces crises ont été ensuite en diminuant de plus en plus pendant la semaine, puis le malade n'a plus éprouvé qu'une sorte de picotement au niveau de la partie réséquée du maxillaire. La mâchoire s'ouvre largement et facilement, le malade mange sans difficulté.

Enfin, le 29 février, se trouvant tout à fait bien, il demande sa sortie.

La plaie opératoire, qui avait marché régulièrement vers la guérison, est complètement cicatrisée.

Le malade a été revu à différentes reprises et plusieurs mois après l'opération; les douleurs n'ont jamais reparu. La santé s'est complètement rétablie.

OBSERVATIONS X ET XI.

(D^r Jarre. Traitement chirurgical du tic douloureux de la face.

(*Revue de Stomatologie*, 1895, n^o 8, p. 230.)

Chez deux de nos malades, un tic douloureux supérieur droit s'irradiait aux rameaux de l'ophtalmique et, en particulier, au sus-orbitaire. Le premier malade souffrait depuis dix-huit ans de son tic douloureux. La résection de la partie du bord alvéolaire correspondant à l'emplacement de la première prémolaire supérieure droite, extraite trente ans auparavant, fut pratiquée le 24 juin 1893 avec le concours de M. le docteur Ramont, et amena une guérison qui se maintient depuis plus de deux ans.

Notre autre observation est relative à un tic douloureux inférieur s'étendant en haut aux régions temporale et malaire. La résection de la partie du bord alvéolaire correspondant à

l'emplacement de la deuxième grosse molaire inférieure gauche fut pratiquée avec succès, le 25 avril 1894, avec le concours de M. le Docteur Thuvien, de Neuilly.

OBSERVATION XII.

(Dr Jarre. *Eodem loco. Revue mensuelle de Stomatologie*, 1894, n° 10, p. 296.)

Citons notre malade dont l'intérêt réside dans ce fait que la guérison remonte actuellement à plus de deux ans et demi. Il s'agissait dans le cas particulier d'un tic douloureux supérieur gauche affectant la fosse canine, la tempe et la région préauriculaire.

La destruction de la partie du bord alvéolaire correspondant à l'emplacement de la canine supérieure gauche, absente depuis de longues années, amena la cessation complète de tous les phénomènes douloureux.

OBSERVATION XIII.

(Dr Jarre. Mémoire lu à l'Académie de Médecine, 1893.)

M. B..., 29 ans, avait subi vers l'âge de 12 ans, à la suite de douleurs dentaires, l'avulsion de la première grosse molaire inférieure gauche et de la première prémolaire inférieure droite.

A l'âge de 17 ans, M. B... aurait été pris sans cause déterminante appréciable d'une douleur violente et subite ayant pour siège la région maxillaire inférieure gauche correspondant à

l'emplacement de la dent extraite. Cet accès douloureux, dont la durée fut d'ailleurs fort courte, disparut avec la même brusquerie qu'il était apparu.

A partir de ce moment les crises douloureuses se montrent plusieurs fois par jour, soit sous l'influence d'un contact sur la lèvre ou sur la joue, soit même, mais plus rarement, d'une façon spontanée. Six mois après l'apparition dans le côté gauche de ces crises douloureuses, des manifestations de même nature auraient également gagné le côté droit de la face ; toutefois, le côté gauche serait toujours resté le plus douloureusement affecté.

Les douleurs sont plus marquées à certaines époques de l'année ; c'est ainsi que l'affection prend au printemps et à l'automne un caractère des plus violents. Pendant cette période de crises aiguës dont la durée très variable est de quinze jours, un mois et même deux et trois mois, les accès sont réveillés par le plus léger contact sur la lèvre ou sur la joue, par l'action de parler, de mastiquer ou d'avalier. Ils apparaissent en outre spontanément à des intervalles variables dix à quinze fois par 24 heures, et plus particulièrement la nuit, de telle sorte qu'ils enlèvent au malade tout repos.

Le 5 Juillet 1893, M.B... nous est adressé par M. le professeur Charcot qu'il est allé consulter à la Salpêtrière.

A cette date, le malade traversait une période aiguë dont le début remontait à près de trois mois.

Les accès occupent les deux côtés de la joue ; mais un point digne de remarques, c'est que les douleurs qui pourraient avoir pour cause une lésion cicatricielle inférieure, s'irradient cependant avec une grande intensité en haut de la face au niveau des régions malaires temporales et orbitaires.

Sur ces différents points, la palpation est douloureuse et plus particulièrement sur le bord alvéolaire correspondant aux deux dents arrachées.

Dans tous les cas, les douleurs présentent les caractères

classiques du tic douloureux de la face le mieux confirmé, caractères qui se retrouvent avec les différences signalées plus haut, aux deux côtés de la face.

Dans ces conditions, nous proposons de commencer le traitement par la côté gauche, et dans ce but nous procédons à la résection de la région cicatricielle alvéolaire, opération qui est pratiquée le 6 Juillet 1893.

Nous avons dû, pour pratiquer cette opération, enlever les deux dents qui limitaient en avant et en arrière la région à opérer.

L'opération totale est faite en une seule séance.

Dès le jour même le malade se déclare entièrement soulagé du côté opéré.

Toutefois pendant les 5 ou 6 jours qui suivent l'opération, quelques crises reparaissent mais bien moins violentes et tout au moins dépourvues du caractère intermittent et spasmodique qu'elles avaient avant.

Le 25 novembre 1893, le malade vient nous faire visite.

Nous constatons que le tic douloureux du côté gauche a entièrement disparu, tandis qu'il persiste du côté opposé.

Le malade ajourne à une époque ultérieure l'opération nécessaire à cet égard.

CONCLUSIONS

1° Les névralgies à type spasmodique, affectant une partie plus ou moins étendue du territoire innervé par le trijumeau, sont souvent l'expression clinique d'une lésion nerveuse périphérique, dont le siège précis est le bord alvéolaire des maxillaires.

2° Cette lésion a pour origine l'hypertrophie physiologique du bout central du filet nerveux qui se rendait à une dent arrachée vivante : c'est-à-dire arrachée alors qu'elle était encore pourvue d'une pulpe pleine de vie.

3° Les éléments qui entrent dans la composition du bout central hypertrophié (*Névrome de régénération de Van Lair*) ne sont nullement douloureux par eux-mêmes.

4° La douleur peut être engendrée par deux causes :

A. *Inflammation*. — B. *Excitations mécaniques ou autres*.

A. *Inflammation*. — L'extraction d'une dent n'est pas fatalement suivie d'inflammation de la plaie alvéolaire, et lorsque cette inflammation se produit, elle cède presque toujours au bout de peu de temps. Elle n'a donc pas le temps d'exercer grande influence sur le développement du névrome de régénération.

B. *Excitations mécaniques ou autres*. — Le névrome de régénération devient douloureux lorsqu'il est insuffisamment protégé contre les causes d'irritation venant de l'extérieur, froid, chaud, excitations de tous genres.

5° L'excitation du névrome provoque une douleur apparaissant brusquement avec son maximum d'intensité, et pouvant disparaître de suite, mais d'autres fois durant pendant un certain temps.

6° Le névrome de régénération se trouve insuffisamment protégé lorsque la couche osseuse qui le recouvre est trop mince, n'existe plus ou n'a jamais existée. Dans ces derniers cas, le névrome se trouve placé immédiatement sous la muqueuse gingivale.

7° Dans cette condition, le névrome irrité continuellement non seulement n'a plus de tendance à se scléroser, mais continue, au contraire, à proliférer. Placé immédiatement entre la couche osseuse résistante et la muqueuse extensible, il peut, dans certains cas, refouler cette dernière et venir faire saillie à l'extérieur. (Observ. I et II.)

8° La protection insuffisante du névrome est créée par deux causes principales : Traumatisme et résorption des maxillaires.

A. — Le traumatisme, fracture du rebord alvéolaire produite au cours de l'extraction de la dent, peut constituer d'emblée le névrome douloureux par suite d'une cicatrisation défectueuse, emprisonnant le névrome de régénération en un point trop rapproché de la périphérie.

B. La résorption des maxillaires, provoquée soit physiologiquement par la sénilité, soit pathologiquement par une diathèse, amène progressivement le névrome de régénération, silencieux jusqu'alors, dans des conditions de protection insuffisante, par l'amincissement continu des couches osseuses qui le protégeaient.

9° La douleur donne à cette affection un aspect tellement caractéristique que le diagnostic s'impose.

10° La cure radicale est obtenue par l'ablation de la partie du rebord alvéolaire contenant le névrome.

A côté de la cure radicale, il ne faut pas oublier que, dans des cas légers, un appareil prothétique, protégeant le siège de la lésion contre les excitations extérieures, peut rendre de grands services.

Vu : *Le Président de la thèse,*

STRAUS.

Vu : *Le Doyen,*

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

OUVRAGES CITÉS

J.-B. ALLAN. — Tic douloureux de la face guéri par une opération. Concrétion calcaire adhérente au nerf sus-orbitaire (*Edinburgh Journal Monthly*, janvier 1852, p. 46 ; *Arch. gén. Méd.*, Paris, 1852, 4^e série, T. XXIX, p. 197).

ANDRÉ. — Note à la suite du Traité des maladies de l'urètre.

BAUCHET. — Tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur (Th. de Paris, 1854).

BAUDET. — Résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine. (*Union médicale*, 8 nov. 1894.)

BÉRARD (jeune). — Tic douloureux guéri par la section du nerf sous-orbitaire. (*Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 542.)

BEAU. — *Gaz. des Hôpitaux*, sept. 1858.

BONNAFONT. — Névralgie faciale interne, entretenue pendant plus de 15 mois par la présence d'un fragment de balle enchassée dans l'os maxillaire droit et comprimant le nerf sous-orbitaire droit, guérison immédiate par l'extraction du projectile. (*Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1856, p. 382.)

BOUILLAUD. — Névralgie faciale ; hydrochlorate de morphine par la méthode endermique. (*Gaz. des Hôp.*, 1842, p. 377.)

BROUSSONET. — Vératrine dans la névralgie faciale. (*Gaz. des Hôp.*, 1842, p. 377.)

CAMPAGNO. — Névralgie faciale guérie par le colchique. (*Rev. méd.*, 128, T. IV, p. 505.)

CARNOCHAN. — Excision du nerf maxillaire supérieur dans une névralgie faciale. (*Union médicale*, 1858, p. 400.)

CARRIÈRE. — Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine. (*Thèse de Paris*, 1892.)

CERISE. — Névralgie faciale et cervico-temporale sympathique d'une tumeur fibreuse de la matrice guérie après deux ans de durée par l'extirpation de la tumeur. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1845, *Bull. de Thérap.*, 1845, T. XXVIII, p. 390.)

CHAPONNIÈRE. — Névralgie de la face. Siège et causes. (*Thèse de Paris*, 1832, n° 103.)

CLARET. — Belladone en frictions contre le tic douloureux. (*Revue méd. Paris*, 1826, T. I, p. 417.)

CRUET. — Comptes rendus de la Société de stomatologie, juin, 1872.)

DEBOVE et PEYROUNET DE LA FONVILLE. — Traitement de la névralgie faciale par la réfrigération au chlorure de méthyle. (Th. de Paris, 85-86, n° 152).

DELEAU. — Névralgie de la face, pulpe de racine de belladone. (Académie des Sciences, 7 oct. 1833.)

DENUCÉ et LAUDE. — Névralgie du maxillaire inférieur. — Résection. (Bull. de la Société méd.-chirurg. des hôpitaux de Bordeaux, 1869, p. 143.)

DOLBEAU. — Affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire. (Bullet. de la Société de Chirurgie, Paris, 1869, T. X.)

DOYEN. — Congrès de Chirurgie, 1893.

DUBREUIL. — Névralgie épileptiforme du nerf dentaire inférieur; Destruction par le thermo-cautère; disparition des douleurs et des convulsions. (*Semaine médicale*, 9 sept., 1891.)

A. DUBREUIL. — Atrophie des maxillaires supérieurs. (*Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Montpellier*, 18 juillet, 1885).

DUPLAY. — Sur une forme particulière de névralgie du maxillaire inférieur, guérie par la résection du rebord alvéolaire. (*Arch. gén. méd.* 1884, T. XVI, p. 601.)

S. DUPLAY et P. RECLUS. — Traité de Chirurgie. Article Nerfs (Lejars).

FAUCHARD. — Le Chirurgien-dentiste, 1786, 3^{me} édition.

FOFF. — Tic douloureux guéri par le stramoine. (*Arch. de méd.*, Paris, 1832 T. XXIX, p. 411.)

FORGET. — Résultat favorable de l'extrait de datura stramonium, dans la névralgie faciale. (*Bulletin de Thérapeutique*, 1840, T. XVIII, p. 272)

FOTHERGILL. — Painful affection of the face. (*Med. Obs. and Inquiries*, T. V, 1773, London.)

FRIEDBERG. — Guérison de névralgies du trijumeau par l'extraction des dents. (*Union médicale*, 1862, T. XIV, p. 368.)

FÉVRIER (de Nancy). — Congrès de chirurgie, 3 avril, 1893.

GALIPPE. — Note sur l'altération des dents, dans l'ataxie locomotrice. (Compte rendu, Société de Biologie, 8 mai, 1886.)

GERY. — Datura stramonium dans les névralgies faciales. (*Bullet. de Thérap.*, 1838, T. XIV, p. 51.)

GIRARD. — Névralgie faciale par l'altération des dents. (*Union médicale*), 1850, p. 67.)

GROSS (de Philadelphie). — D'une forme de névralgie des os maxillaires non encore décrite. (*American Journal*, Juillet, 1870, in *Arch. gén. méd.* Paris, 1870. T. XVI, p. 542.)

GUASTALLA (de Trieste). — Histoire d'une névrite dentaire grave suivie de trismus et tétanos. (*Annali universali di medicina*, Milano, vol. LXXX, fase. 240, décembre 1836 ; *Gazette médicale de Paris*, 1837, p. 58.)

HAYEM et GILBERT. — *Archives de physiologie* (3^e série, T. III, p. 432.)

HENRY. — Tic douloureux guéri par la belladone. (*Revue méd. Paris*, 1825, T. IV, p. 313.)

HORSLEY. — XVIII^e Congrès de la Société de Chirurg. Allemande. (*Semaine médicale*, 1889, p. 143.)

HORSLEY. — De la névralgie du trijumeau. (*British med. Journal*. 1887, p. 180.)

JARRE. — Recherches sur la névralgie spasmodique ou tic douloureux de la face. Pathogénie et traitement. (*Revue mensuelle de stomatologie*, 1894, n^o 1, p. 7, et n^o 2, p. 28.)

JEFFREYS. — Névralgie de la face guérie par l'extraction d'un morceau de porcelaine, renfermé depuis plus de quatorze ans dans la joue. (*The London medical and physical Journal*, mars, 1823 ; *Arch. méd.*, 1823, T. II, p. 293.)

JOSIAS. — Névralgie spasmodique de la face (côté gauche). Opération, guérison (Société de Thérapeutique, séance du 26 décembre 1894).

JOURDAIN. — Maladies de la bouche, 1778, T. II.

DE KIRCKHOFF. — Observations pratiques sur l'efficacité de la teinture de datura stramonium de la névral. faciale. (*Arch. de méd. Paris*, 1827, T. XIV, p. 373.)

KIRMISSON. — Maladies des mâchoires. (Traité de chirurgie, Reclus, Kirrison, Peyrot, Bouilly, 1888, T. II, p. 600.)

LABBÉ (L.). — Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires. *Bulletin de Chirurgie*, Paris, 1868, T. IX.

LANDRY. — Névralgie faciale traitée avec succès par l'aconit. *Moniteur des hôpit.*, Paris, 1855, T. III, p. 867.)

LIBRA. — Poudre antimoniale dans les névralgies de la face. (*Gaz. méd.* 1834, p. 8.)

LIÉGEAIS. — Trois cas de tumeurs fibreuses et fibro-plastiques du maxillaire inférieur.

LINHART (de Wurtzbourg) et LANGENBECK. — Vierteljahrschrift für die practische Heilkunde, 1860, T. II. (*Arch. de méd.*, 1860, 5^e série, T. XVI, p. 609.)

LOSSEN, BRAUN, P. SEGOND. — *Revue de chirurgie*, 1890.

MAGITOT. — Valeur diagnostique de la périostite alvéolaire des maxillaires dans le diabète. (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 2^e série, T. X, n^o 52).

MAGITOT. Mémoire sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. (*Arch. de méd.* 1867.

MARCHAL (de Calvi). — Note sur une affection non décrite des gencives. Gingivite expulsive. (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 10 septembre 1860).

MICHEL (de Nancy). (*Bullet. therap.* 1876.)

MICHEL (de Strasbourg). — Névralgie faciale. Section des nerfs sous-orbitaire, dentaire inférieur, buccal, lingual. (*Gaz. heb. de méd. et chirurg.*, Paris, 1858, p. 7.)

NÉLATON (E.) — Sur une nouvelle tumeur bénigne des os. (*Thèse de Paris*, 1860.)

NEUCOURT (F.) — Névralgie faciale. (*Arch. de méd.*, 4^e série, 1849, T. XX, p. 162; 5^e série, 1853, T. II, p. 385, 1854, T. III, p. 194.) — Arrachement des dents dans la névralgie faciale. (*Union méd.*, 1850, p. 67.)

OUVRARD. — Oxyde blanc de plomb dans le tic douloureux. (*Bull. de Thérap.*, 1834, T. VII, p. 37.)

PARK. — Destruction du ganglion de Gosser pour névralgie du trijumeau. (*Méd. New.*, 18 fév. 1893.)

PANAS. — (*Acad. de méd.*, 23 déc. 1873.)

PETER. — Sur un cas de tic douloureux de la face datant de 28 ans et guéri par le bromure de potassium. (*Bull. de Thérap.* 1876.)

PIERRET. — Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis. (*Thèse de Paris*, 1876.)

QUÉNU. — Lecture à l'Acad. de méd. 5 janv. 1894. (*Semaine méd.*, 10 janv. 1894.)

REVILLIOD. — Névralgie de la cinquième paire, injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine. (*Bull. de Thérap.*, 1876.)

RICOUX. — Traitement chirurgical de la névralgie du nerf dentaire inférieur.

ROELANTZ. — Névralgie faciale guérie par la noix vomique. (*Arch. de méd.*, Paris, 1843, 4^e série, T. III, p. 92.)

ROSE. — Société médicale de Londres, 27 octobre 1890.

ROSE. — Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. (*Bull. méd.*, 9 janvier 1892.)

SALTER'S GUY'S. — Hospital Report, 3^e série, T. IV, p. 269.)

SÉDILLOT. — Névralgie du nerf dentaire inférieur. Résection par le procédé de Beau. (*Bull. de Thérap.*, 1853. T. XLV. p. 729.)

STILLE. — Névralgie faciale causée par la carie d'une dent molaire. (*Arch. gén. méd. dent.*, 1842; *Bull. de Thérap.*, 1843, T. XXV, page 232.)

TERRILLON. — *Bull. gén. de Thérap.*, 1881.

TOMES. — Dental surgery.

TROUSSEAU. — De la névralgie épileptiforme. Opium à haute dose. (*Arch. de méd. Paris*, 1853, 5^e série, T. I, p. 352.) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 3^e édition, T. II.

TROUSSEAU et BONNET. — Application extérieure du cyanure de potassium dans les névralgies de la face. (*Bull. thérap.*, 1831, T. I, p. 329.)

VALETTE et LETIÉNANT. — Traité des sections nerveuses, Paris, 1873.

VALLEIX. — Note sur un cas de névralgie trifaciale causée par la carie d'une dent molaire. (*Arch. de Méd. Paris*, 1843, 4^e série, T. II, p. 468.)

VALLEIX. — Traité de névralgies, 1841.

VALLIN. — Des altérations trophiques des mâchoires dans l'ataxie locomotrice. (*Gaz. des Hôp.*, 1879, p. 646.)

VOISARD. — De la section des nerfs dentaires inférieurs et supérieurs. (Th. de Strasbourg, 1864.)

WARREN. — Névralgie faciale guérie par l'excision du nerf maxillaire inférieur. (*Revue médicale*, 1829, T. I, p. 301.)

WENDSTADT. — Datura stramonium dans les névralgies faciales. (*Bull. de Thérap.*, 1837, T. XII, p. 239.)

WORMALD. — Névralgie faciale rebelle. Excision du dentaire inférieur. Guérison. (*Dublin médical press.*, avril 1863; *Bull. de Thérap.* 1863, T. LXV, p. 85.)

TABLE DE MATIÈRES

Avant-propos	9
Exposé du sujet	13
Historique	19
Étiologie, pathogénie	23
Anatomie pathologique	43
Symptomatologie	47
Diagnostic	53
Pronostic	55
Traitement	57
Observations	69
Conclusions	97
Index Bibliographique	101

